



Maria Elisa Robalo
Marques

**Motivação para o Tratamento:
Ajuda na transição para a
abstinência, inserida na Prática
do Cuidar em Enfermagem, numa
Unidade de Desabituação**

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para
cumprimento dos requisitos necessários à obtenção
do grau de Mestre em Enfermagem Saúde Mental e
Psiquiatria realizado sob a orientação científica do
Professor Doutor Joaquim Lopes

Dezembro de 2015

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

**MOTIVAÇÃO PARA O TRATAMENTO: Ajuda na transição para a abstinência,
inserida na Prática do Cuidar em Enfermagem, numa Unidade de
Desabituação.**

DISCENTE: Maria Elisa Robalo Marques

DOCENTE: Joaquim Lopes

Setúbal

Dezembro de 2015

RESUMO

Este relatório de projeto foi elaborado no âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal e dos objetivos consistiram em relatar o Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), produzido com base na Metodologia de Projeto, bem como proceder à análise crítica das competências do Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

O PIS foi baseado no estágio realizado numa unidade de desabilitação de substâncias psicoativas, em Lisboa e contemplou as fases da metodologia de projeto.

Foi definido como objetivo geral: Promover a motivação da pessoa adicta internada na unidade, no seu processo de transição da dependência do uso de substâncias psicoativas, para a autonomia.

Das questões de partida “Qual a motivação da pessoa adicta para o tratamento, no sentido da transição para a abstinência? Quais são as intervenções de enfermagem promotoras da motivação para o tratamento da pessoa adicta desenvolvidas pela equipa do contexto de estágio? Quais são as melhorias que podem ser introduzidas no contexto de estágio em matéria de intervenções de enfermagem promotoras da motivação para o tratamento da pessoa adicta?”. Partimos para a etapa de diagnóstico de situação, onde foram utilizados instrumentos de colheita de dados. Recorremos à aplicação da escala SOCRATES 8D, para avaliar a motivação para tratamento, a análise de uma sessão com o tema “Prevenção da Recaída”, a entrevistas a enfermeiros da Unidade e a uma análise SWOT.

Para que o planeamento das intervenções realizadas satisfizesse a necessidade dos participantes da amostra, recorreu-se à evidência científica sobre o tema, suportámo-nos no Modelo Transteórico e na Teoria de Transição de MELEIS. Os resultados deste PIS foram estudados à luz dos modelos referidos anteriormente e incorporaram o processo de enfermagem que permitiu guiar a prestação de cuidados e a prática clínica adequada à situação problema.

Este relatório possibilita a evidência do percurso feito no desenvolvimento do PIS, e apresenta como objetivo principal dar a conhecer os resultados do estudo realizado, tendo como referência os objetivos gerais do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Palavras-chave: Adesão ao tratamento na adição; Transição; Modelo Transteórico; Motivação.

ABSTRACT

This project report was prepared under the 2nd Master's Degree of Nursing in Mental and Psychiatric Health course held by Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal and objectives consisted of reporting the Intervention Project in Service (PIS), produced based on the Methodology Project and making a critical analysis of the competences of the Master in Psychiatry and Mental Health Nursing.

The PIS was performed based on the stage in a withdrawal unit of psychoactive substances, in Lisbon and looked phases of design methodology.

It was defined as general objective: To promote the motivation of addicted person admitted to the unit, its transition from dependence on the use of psychoactive substances for autonomy.

The starting questions "What is the motivation of the person addicted to treatment, towards the transition to abstinence? What are the nursing interventions that promote motivation for the treatment of adding one developed by the stage of the context of the team? What are the improvements that can be introduced at the stage of context in the field of nursing interventions promoting the motivation for the treatment of the person addicted? ". We start for diagnostic situation where data collection instruments were used. We appealed to the implementation of SOCRATES 8D scale to assess motivation for treatment , analysis of a session with the theme " Prevention of Relapse ", the interviews Unit nurses and a SWOT analysis.

For the planning of interventions satisfy the need of sample participants appealed to the scientific evidence on the subject, endured us on Transtheoretical Model and MELEIS Transition Theory. The results of this PIS were studied in the light of the models mentioned above and incorporated the nursing process that enabled us to guide the care and proper clinical practice to the problem situation.

This report provides evidence of the journey made in the development of PIS, and has as main objective to make known the results of the study, with reference to the overall objectives of the Master's Degree in Mental Health and Psychiatric Nursing.

Key words: Adherence to treatment in addition; Transition; Transtheoretical model; Motivation.

- Amigos e Colegas de Trabalho, por toda a paciência e cooperação demonstrada ao longo deste meu percurso.
- Família, que apesar de estar distante sempre me apoiou nos momentos em que nem mesmo eu sabia que precisava. Somos muitos e juntos vencemos todas as etapas a que cada um se propõe.
- Professor Doutor Joaquim Lopes, por toda a orientação e acompanhamento ao longo deste meu objetivo pessoal.
- A todos, que de uma forma ou de outra contribuíram com o seu apoio para me possibilitar adquirir a tranquilidade que necessitei para realizar este objetivo.

“Se você falar com um homem numa linguagem que ele compreende, isso entra na cabeça dele. Se você falar com ele na sua própria linguagem, você atinge o seu coração.”

Nelson Mandela

LISTA DE SIGLAS

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CIPE – Catalogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMESMP - Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

CPLEE - Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem

CPLESMP – Curso Pós Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria

EM - Entrevista Motivacional

EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

ESS - Escola Superior de Saúde

IDT – Instituto da Droga e Toxicodependência

IPS - Instituto Politécnico de Setúbal

MESMP – Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

MTP - Metodologia de Projeto

MTT - Modelo Transteórico

NIDA - National Institute on Drug Abuse

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIS - Projeto de Intervenção no Serviço

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos aditivos e nas Dependências

SOCRATES - Stages of Change Readiness and Treatment Eargness Scale

SPA – Substância Psicoativa

UD - Unidade de Desabitação de SPA

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
PARTE I: PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	11
1. PROBLEMÁTICA.....	11
2. LOCAL DE ESTÁGIO	14
3. QUESTÃO DE PARTIDA.....	16
4. OBJETIVOS	16
5. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
5.1 ADESÃO AO TRATAMENTO NA ADIÇÃO	17
5.2 TRANSIÇÃO	22
5.3 MODELO TRANSTEÓRICO	25
5.4 MOTIVAÇÃO.....	30
5.5 O PAPEL DAS INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS NO TRATAMENTO DA ADIÇÃO	32
6. METODOLOGIA DE PROJETO	37
6.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	38
6.2. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS.....	54
6.3. PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO.....	55
6.4. EXECUÇÃO.....	58
6.5. AVALIAÇÃO.....	68
6.6. DIVULGAÇÃO RESULTADOS.....	75
6.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	75
PARTE II	77
7. ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA	77
7.1 DEMONSTRA COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECÍFICAS NA CONCEÇÃO, GESTÃO E SUPERVISÃO CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	78
7.2 REALIZA DESENVOLVIMENTO AUTÓNOMO DE CONHECIMENTOS E COMPETÊNCIAS AO LONGO DA VIDA E EM COMPLEMENTO ÀS ADQUIRIDAS.....	80
7.3 INTEGRA EQUIPAS DE DESENVOLVIMENTO MULTIDISCIPLINAR DE FORMA PROATIVA	82
7.4 AGE NO DESENVOLVIMENTO DA TOMADA DE DECISÃO E RACIOCÍNIO CONDUCENTES À CONSTRUÇÃO E APLICAÇÃO DE ARGUMENTOS RIGOROSOS.....	82
7.5 INICIA, CONTRIBUI E/OU SUSTENTA INVESTIGAÇÃO PARA PROMOVER A PRÁTICA DE ENFERMAGEM BASEADA NA EVIDÊNCIA.....	83

7.6 REALIZA ANÁLISE DIAGNÓSTICA, PLANEAMENTO, INTERVENÇÃO E AVALIAÇÃO NA FORMAÇÃO DOS PARES E COLABORADORES, INTEGRANDO FORMAÇÃO, A INVESTIGAÇÃO, AS POLITICAS DE SAÚDE E A ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE EM GERAL E EM ENFERMAGEM EM PARTICULAR.....	85
8. CONCLUSÃO.....	86
9. BIBLIOGRAFIA	88
APÊNDICES E ANEXOS.....	112
Apêndice I – Proposta de Artigo	112
Apêndice II – Análise SWOT	124
Apêndice III – Resultados do Instrumento SOCRATES 8D na Fase de Diagnóstico	127
Apêndice IV – Formulário de Consentimento Informado do Utente.....	130
Apêndice V – Formulário de Consentimento Informado do Enfermeiro.....	132
Apêndice VI – “Caderno Mudar Comportamentos”	134
Apêndice VII – Norma da Atividade	145
Apêndice VIII – Grelha de Avaliação da Atividade.....	163
Apêndice IX – Resultado dos Questionários SOCRATES 8D Aplicados Durante as Intervenções Efetuadas	165
Apêndice X – Avaliação da Sessão Formativa para os Enfermeiros	166
Apêndice XI – Avaliação da Intervenção Terapêutica proposta pela Equipa de Enfermagem da UD	173
Anexo I – SOCRATES 8D	126
Anexo II: Autorização do Diretor	174

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS, IPS), que tem como intuito “Contribuir, suportado na evidência, para o desenvolvimento de saberes teóricos e práticos da enfermagem na área de especialidade” (Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, 2011, p. 5). Para obtenção do grau de Mestre e de acordo com o estabelecido pela deliberação do Conselho Técnico Científico da ESS, IPS de 23 de fevereiro de 2011, prevê a atribuição deste grau, ao mestrando portador do Diploma do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem (CPLEE), realizado na ESS,IPS, com satisfação dos requisitos necessários e previamente estabelecidos no Guia do Curso de Mestrado da ESS, IPS. (Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, 2011, p. 3).

Pretende-se uma prestação de Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental com elevados padrões de qualidade, que promovam a melhoria contínua e que se constituam como referencial para a reflexão sobre a praxis nesta área de intervenção, de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros (2015) e publicados no Diário da República, 2.ª série - N.º 122.- 25 Junho de 2015.

Tem como objetivos:

- ✓ Relatar o Projeto de Intervenção em Serviço;
- ✓ Apresentar uma reflexão crítica sobre o Desenvolvimento do Perfil das Competências de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, tendo como referência os objetivos do Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, fundamentado pelo nº 1 do artigo 20º e pelo artigo 15º do Decreto-lei 74/2006.

No âmbito da realização do estágio, que teve lugar numa Unidade de Desabituação de substâncias psicoativas em Lisboa (doravante designada apenas por UD), foi realizado na Unidade atrás referida, um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), aplicando a Metodologia de Projeto (MTP). Foi com o recurso a esta metodologia que tentámos dar a resposta necessária, previamente refletida sobre a prática de forma sistemática, suportada na evidência e sustentada pela investigação, a uma problemática identificada e a sua resolução, (RUIVO, FERRITO e NUNES, 2010).

Este relatório e de acordo com a metodologia utilizada representa: a etapa de diagnóstico da situação, a definição dos objetivos, o planeamento com as respetivas atividades e a descrição das estratégias e meios utilizados, a exposição da execução das atividades planeadas, assim como a avaliação feita e a consequente divulgação dos resultados obtidos.

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) encara o consumo de substâncias psicoativas (SPA) como uma doença crônica e recorrente. Para esta organização, consumo de SPA constitui um grave problema de saúde pública, que vem transpondo todas as fronteiras sociais, emocionais, políticas e nacionais, inquietando a sociedade em geral (ANDRETTA e OLIVEIRA, 2011).

Entre 2006 e 2013, a idade média dos adictos a SPA que iniciaram o tratamento com problemas relacionados com o consumo, nomeadamente com consumos de opiáceos aumentou 5 anos. Durante o período atrás referido, a idade média das vítimas de mortes provocadas pelo consumo de SPA, sobretudo opiáceos, aumentou de 33 para 37 anos. Um número significativo dos consumidores problemáticos de opiáceos europeus, com longos períodos de policonsumos de SPA, ronda agora os 40/50 anos de idade (SICAD 20015).

O objetivo da adesão ao tratamento constitui-se como uma das áreas de intervenção autónoma mais importantes para a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, que com a implementação de atividades de teor psicoterapêutico e psicoeducacional poderá contribuir para uma transição para a abstinência de SPA e a criação de um projeto de vida saudável.

Para FIGLIE, DUNN e LARANJEIRA (2004), a motivação é entendida como uma situação de prontidão ou desejo de mudança, mas que pode oscilar de um momento para outro, pode ser entendida como fazendo parte da condição interna e que pode ser influenciada por fatores externos. A motivação tem sido largamente estudada no âmbito do abuso de SPA (CONNORS, DONOVAN e Di CLEMENTE, 2001) e é considerada a variável intrapsíquica mais associada ao sucesso terapêutico (SILVA, 2006), uma vez que tem um papel importante nos comportamentos aditivos, influenciando a procura, a adesão ao tratamento, assim como a efetivação de mudanças significativas a longo prazo.

O interesse pela temática deste trabalho baseou-se na nossa prática clínica diária, em que sobressai a necessidade e dificuldade, conforme relatado na etapa de diagnóstico, na abordagem da motivação para o tratamento da pessoa adicta que é internada e que pudesse ser constituída como uma intervenção inserida na prática da equipa de enfermagem.

Tendo em conta estes pressupostos e o tema desenvolvido foi: “Motivação para o Tratamento: Ajuda na transição para a abstinência, inserida na Prática do Cuidar em Enfermagem, na UD”.

Na confluência entre a problemática e as especificidades do local de estágio em questão, nomeadamente no que se refere às recaídas nos consumos e os reinternamentos, colocaram-se as seguintes questões de partida:

- Qual a motivação da pessoa adicta para o tratamento, no sentido da transição para a abstinência?
- Quais são as intervenções de enfermagem promotoras da motivação para o tratamento da pessoa adicta desenvolvidas pela equipa do contexto de estágio?

- Quais são as melhorias que podem ser introduzidas no contexto de estágio em matéria de intervenções de enfermagem promotoras da motivação para o tratamento da pessoa adicta?

Foi definido como objetivo geral: - Promover a motivação da pessoa adicta internada na unidade, no seu processo de transição da dependência do uso de substâncias psicoativas, para a autonomia.

Objetivos específicos:

- Implementar uma intervenção de enfermagem que possibilite:

- a) Aumentar, na pessoa adicta internada na unidade, a tomada de consciência do seu problema de dependência e necessidade de reduzir ou abandonar o uso de substâncias psicoativas;
- b) Aumentar o envolvimento da pessoa adicta internada na unidade na adesão ao seu tratamento.

Para terminar importante salientar que, embora os dados encontrados neste estudo sejam significantes, não poderão ser generalizados, devido ao tamanho da amostra utilizada.

Este trabalho está dividido em duas partes. A parte I em que é apresentado o PIS, e a parte II contém a análise crítica das competências de Mestre em Saúde Mental e Psiquiatria.

Termina com a Conclusão, Bibliografia utilizada, Apêndices (onde consta a proposta do artigo e os apêndices significantes que possibilitem a compreensão do PIS que realizámos) e os Anexos.

Todo o relatório foi redigido de acordo com a Norma Portuguesa 405.

PARTE I: PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

1. PROBLEMÁTICA

Na Europa em geral e em particular em Portugal, o tratamento da adição é predominantemente feito em regime ambulatorio, sendo as unidades públicas de tratamento especializado o maior prestador de cuidados aos consumidores de SPA.

Segundo os dados apurados em 2010, das 489 pessoas admitidas na UD, 123 era a 1ª admissão para o tratamento de desabituacao de SPA, as restantes foram reinternamentos em consequência de recaídas. Do total de pessoas admitidas, 404, tiveram alta clínica, 2 foram transferidas para outras instituições hospitalares por complicações do foro de Medicina, 71 foram abandonos por vontade expressa e 12 foram sujeitas a exclusões por problemas disciplinares.

Em 2011 foram admitidos para tratamento na UD 466 pessoas, dos quais 417 era a 1ª admissão (89%).

Em 2012 foram admitidos para tratamento na UD 408 pessoas, dos quais 269 a 1ª admissão. Quanto ao consumo, de outras substâncias psicotrópicas excluído álcool foram 243 e por consumos

problemáticos de álcool 163. A idade média foi de 41 anos. Com internamentos anteriores em todas as UD's 55% e referenciados por estruturas especializadas 97%. (SICAD 2013).

Em 2013 a rede pública de tratamento para a adição, registou 28133 pessoas em tratamento de ambulatório. Dos 4138 que iniciaram tratamento pela primeira vez, 2154 foram pessoas readmitidas e houve 1535 internamentos em Unidades de Desabilitação públicas, 53% com internamentos anteriores em UD's. (EMCDDA 2013).

Em 2013 a UD registou 438 pessoas internadas. Do total de pessoas internadas, 278 era a 1ª admissão. 53% Foram internadas por outras SPA que não o álcool e 46% por álcool.

A duração média de internamento foi de 9 dias, 5 dias para as altas não clínicas, 6 dias para altas disciplinares e 5 dias para altas a pedido da pessoa internada.

Segundo o Relatório Anual 2013 sobre “ A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências”, a heroína foi a SPA mais referida (65,5% nas UD públicas); cocaína 20,3%; cannabis 2,3% (SICAD 2013).

Entre os utentes readmitidos a heroína mantém-se com proporções elevadas, registando-se no entanto, nos últimos três anos, um ligeiro decréscimo a favor da cocaína e da cannabis. A idade média foi de 43 anos. A idade média do início dos consumos problemáticos foi: para a cannabis 16 anos; para álcool 17 anos; para a heroína 20 anos; para a cocaína e base de cocaína 21 anos e para as benzodiazepinas 23 anos.

Quanto à psicopatologia a esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes prevaleceram sobre os transtornos da personalidade e do comportamento do adulto e sobre os Transtornos de Humor (SICAD 2013).

A opção pela temática da “Motivação para o tratamento”, advém da prática reflexiva diária, durante quinze anos neste serviço de desabilitação de SPA e da forma como a enfermagem se “constitui “na UD, junto da pessoa adicta durante o período de desabilitação.

A atual realidade socioeconómica requer uma reflexão profunda, no contexto de qualquer organização que tenha como missão intervir e provocar mudança. Para tal, é necessário operar uma adaptação nos modelos vigentes, de modo a responderem de forma mais eficaz às necessidades da pessoa. Longe vão os tempos em que se adotava um conceito da motivação como algo imutável, ou seja, ou a pessoa estava motivada para o tratamento e nessas condições o terapeuta teria um papel definido na ajuda da pessoa, ou a pessoa não estava motivada e então o tratamento não era viável. Atualmente percebe-se que a situação não é assim tão rígida, isto é, técnicas postulam que a adesão da pessoa ao tratamento depende da sua motivação, atitude esta passível de ser modificada ao longo do mesmo. Portanto, discordar com o terapeuta é estar “em negação” e concordar é ter “insight”. (MILLER e ROLLNICK, 1991).

Pensamos que a Enfermagem, não pode ficar alheia às situações que afetam a sociedade em geral, nomeadamente, no que se reporta ao consumo de substâncias psicoativas, tal como TOMEY *et al* (2004, p.15) referem, "...o papel essencial da enfermeira consiste em ajudar o indivíduo doente ou são, a manter ou a recuperar a saúde (ou assisti-lo nos seus últimos momentos) através da execução de tarefas que ele executaria sozinho se tivesse a força, a vontade, ou se possuísse os conhecimentos necessários, e em executar essas funções de forma a ajudá-lo a reconquistar a sua independência o mais rapidamente possível."

Segundo o IDT (2007): Do pedido de ajuda ao regresso à autonomia, percorre-se o caminho do tratamento, numa parceria de responsabilidade mútua entre os que são capazes de prestar ajuda e aqueles que dela necessitam...". O profissional de saúde que se envolva no tratamento ou projeto terapêutico de pessoas toxicodependentes, não se pode confinar ao tratamento dos sintomas provocados pela privação da substância, deverá essencialmente compreender a pessoa na sua globalidade, como um ser bio-psico-social e apreender a sua maneira de ser, de estar, de sentir e gerir a sua sobrevivência.

Num serviço de desabituação de SPA, onde a motivação para o tratamento é posta em causa diariamente surge o questionamento sobre possibilidade de um cuidar mais adequado e consentâneo com as necessidades da pessoa reinternada por ter recaído, tendo em conta o consenso da literatura acerca do alto índice de recaídas de pessoas adictas, após várias e variadas modalidades de tratamento, aos quais se submetem ao longo da vida (PROCHASKA e Di CLEMENTE, 1982; ALLSOP, SAUNDER, PHILLIPS e CARR, 1997). Têm sido propostos programas específicos, que permitem às equipas de saúde mental desenvolver formas efetivas de relação com estas pessoas, visando consciencializá-las da necessidade de se tornarem abstinentes, melhorar a sua adesão ao tratamento e ajudar na reorganização das suas redes sociais (JERRELL e RIDGELY, 1995).

Os enfermeiros são os profissionais que mantêm um contato mais prolongado com as pessoas internadas na UD e têm deste modo um grande potencial para reconhecer os problemas relacionados com SPA e a oportunidade para desenvolver ações que promovam a motivação para o tratamento. O tema "Motivação para o Tratamento: Ajuda na transição para a abstinência, inserida na Prática do Cuidar em Enfermagem, na UD", insere-se numa das áreas em que o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria deve continuar a investir no âmbito da sua intervenção autónoma, constituindo-se como uma oportunidade para aprofundar, aperfeiçoar e atualizar conhecimentos, contribuindo decisivamente para a melhoria da prestação de cuidados de qualidade à pessoa adicta, assim como dar continuidade ao processo terapêutico. No entanto havia uma lacuna na prestação de cuidados, com a inexistência de qualquer tipo de intervenção que pretendemos desenvolver, conforme mencionado no artigo 88 do Código Deontológico da Ordem

dos Enfermeiros (1998), (alterado e republicado pela Lei nº 111/09 de 16 de Setembro) “ (...) criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.”

Pelo supra citado, a motivação para o tratamento inscreve-se como um problema real e importante, é significativa para o exercício da profissão, tanto em termos pessoais como da profissão e pode trazer novos saberes para os envolvidos, permitindo também relacionar e integrar teoria e prática, ao abordar esta problemática, tal como defendem CASTRO e RICARDO (1993).

2. LOCAL DE ESTÁGIO

A Unidade de desabitação física de SPA iniciou formalmente a sua atividade a 1 de Junho de 1987 e atualmente as suas instalações estão no Parque da Saúde de Alvalade em Lisboa.

Em 2013, a ARSLVT, I.P. adveio, de acordo com o estabelecido no DL 22/2012, de 30 Janeiro e alterado pela Portaria n.º 211/2013 de 27 de junho, algumas das atribuições do Instituto da Droga e Toxicod dependência, I.P., designadamente, na componente operacional da intervenção no domínio dos problemas dos comportamentos aditivos e dependências e no âmbito da sua área geográfica de intervenção.

Neste sentido, 2013 foi o ano de integração na área de Missão da ARSLVT, IP, procurando garantir-se o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequando os recursos disponíveis às necessidades e de acordo com as orientações do Plano Nacional de Saúde, do Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020.

Surge assim a DICAD - Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, como um serviço central da ARSLVT, IP. A sua missão é a promoção da redução do consumo de SPA, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências, na área de abrangência da ARSLVT, IP. As suas competências desenvolvem-se segundo o Artigo 9.º da Portaria n.º 161/2012, de 22 de maio (alterada pela Portaria n.º 211/2013 de 27 de junho). Deste modo, compete-lhe garantir também e a par da continuidade na prestação de cuidados de saúde nos comportamentos aditivos e dependências, o desenvolvimento e acompanhamento de projetos/programas que promovam intervenções ao nível do Tratamento, na Prevenção, na Redução de Riscos e Minimização de Danos e na Reinserção Social, quer através das estruturas próprias da ARSLVT, nomeadamente as Unidades de Intervenção Local, quer através de Entidades privadas financiadas, conforme a Portaria n.º 27/2013, de 24 de janeiro.

As Unidades de Intervenção Local constituem-se como unidades funcionais prestadoras de cuidados de saúde em matéria de intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências, responsáveis e inscritos no seu âmbito territorial, de forma articulada, pelas áreas de intervenção na prevenção, na redução de riscos e minimização de danos, no tratamento, e na reinserção de

peessoas com comportamentos aditivos e dependências de SPA lícitas ou ilícitas, conforme as orientações da DICAD. As Unidades de Intervenção Local abarcam os Centros de Respostas Integradas, Unidades de Alcoologia, Unidades de Desabilitação e Comunidades Terapêuticas, uma equipa de coordenação a nível regional situada na Sede da ARSLVT e por oito Unidades de Intervenção Local (Despacho n.º 2976/2014 de 21 de fevereiro) que garantem a sua capacidade de resposta.

A UD inscreve-se nas Unidades de Desabilitação. Mantém-se a vertente do Tratamento, as áreas da Reinserção, da Prevenção e da Redução de Riscos e Minimização de Danos, em parceria com outras estruturas e recursos sociais já existentes. Nas instalações existe um Serviço de Consulta Externa, um Serviço de Terapias Medicamentosas, uma Área de Dia, uma Unidade de Desabilitação e um Serviço de Fisioterapia. Existe também a Consulta Materno-Infantil e consulta de Enfermagem.

A filosofia da UD assenta no Modelo Integrado, que consiste na criação e desenvolvimento de um projeto terapêutico, que tem por base a relação de confiança terapeuta/utente, permitindo a utilização de vários recursos terapêuticos, em momentos adequados e a articulação dos mesmos com base nas necessidades avaliadas pelo terapeuta em consulta com o utente.

A atividade da UD centra-se na prestação de cuidados às pessoas adictas e o objetivo do internamento é proporcionar um ambiente contendor e protegido, que promova a cessação de consumos e que minimize a síndrome de privação, bem como permitir a mobilização e utilização de mecanismos de base socio terapêutica, considerados importantes no tratamento da pessoa com comportamentos aditivos. O internamento ocorre, quando por motivos físicos, psíquicos ou sociais, esta desabilitação não é possível ou aconselhável em ambulatório. Os motivos mais frequentes são: compensação de grave psicopatologia associada, situação social disfuncional (sem abrigo, isolamento social, rotura familiar), consumos muito elevados/tipo de consumos, descontinuação de agonistas opiáceos, gravidez, por imposição judicial, opção dos familiares (exaustão ou disfunção familiar), mau estado físico ou por decisão dos profissionais de saúde. Este internamento pressupõe o cumprimento de regras pré-estabelecidas e aceites previamente pelos utentes e que poderá ser interrompido, quer por vontade dos mesmos (alta por rotura), quer por incumprimento das regras do serviço (alta disciplinar). O internamento na UD constitui-se como a primeira etapa do processo terapêutico, devendo ser incluído num projeto global e com continuidade após a alta. Posteriormente ao internamento, a pessoa poderá ter acompanhamento com a consulta externa e Área de Dia assim como nas instituições, serviços e grupos sociais existentes na comunidade e que constituem a rede externa de suporte ao tratamento.

A equipa é multidisciplinar e é constituída por médicos psiquiatras, enfermeiros, técnicos psicossociais, assistente técnica, assistentes operacionais e fisioterapeuta.

3. QUESTÃO DE PARTIDA

Na confluência entre a problemática e as especificidades do local de estágio, nomeadamente em matéria de recaídas/reinternamentos, colocaram-se as seguintes questões de partida:

- Qual a motivação da pessoa adicta para o tratamento, no sentido da transição para a abstinência?
- Quais são as intervenções de enfermagem promotoras da motivação para o tratamento da pessoa adicta desenvolvidas pela equipa do contexto de estágio?
- Quais são as melhorias que podem ser introduzidas no contexto de estágio em matéria de intervenções de enfermagem promotoras da motivação para o tratamento da pessoa adicta?

4. OBJETIVOS

- Compreender a motivação da pessoa adicta para o tratamento, no sentido da transição para a abstinência.
- Identificar as intervenções de enfermagem promotoras da motivação para o tratamento da pessoa adicta desenvolvidas pela equipa do contexto de estágio.
- Propor melhorias nas intervenções de enfermagem promotoras da motivação para o tratamento da pessoa adicta.

5. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Ao rever a atual literatura científica pudemos fazer o balanço do que foi escrito no domínio do tema em estudo. FORTIN (1999:74) considera que a revisão bibliográfica é “ (...) um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre o domínio de investigação”. No decorrer da revisão bibliográfica que efetuámos, analisámos os conceitos em estudo, as relações teóricas adquiridas, os métodos utilizados e os resultados obtidos noutros estudos, que nos forneceram ideias para investigar e informações sobre a temática em causa, matéria essencial à conceptualização deste projeto. No passo seguinte à revisão, invocámos a mobilização dos conhecimentos teóricos adquiridos nas Unidades Temáticas do CPLEE, procurando demonstrar o que FORTIN (1999, p. 73) refere, “...a teoria que melhor explica os factos observados, delimitar os conceitos aos quais estes apelam e as relações que os caracterizam” fundamentando assim a nossa problemática.

Assim, optámos por definir como conceitos centrais: Adesão ao tratamento na adição; Transição, Modelo Transteórico e Motivação.

5.1 ADESÃO AO TRATAMENTO NA ADIÇÃO

A história da adição a SPA une-se com a história do homem. Segundo o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências, (SICAD, 2012), o termo "droga" reflete a longa evolução, fazendo referência a um grande número de substâncias químicas com efeitos sobre a percepção, o pensamento, o estado de ânimo ou as emoções, com diferente capacidade para originar dependência e com significados distintos para aqueles que as consomem”.

A adição a SPA como problema mundial causa graves danos, tal como refere NIDA (1998), no indivíduo, na família, na comunidade e até internacionalmente. A dependência química é entendida por BUCHELLE, MARCATTI e RABELO (2004) como um estado psíquico e físico resultante da interação entre um organismo vivo e uma SPA, expresso por reações comportamentais, originando uma compulsão para o consumo, o usufruir do efeito psíquico e por vezes, evitar o desconforto provocado pela sua falta.

Para a Organização Mundial de Saúde (2001): “A dependência química deve ser tratada simultaneamente como uma doença crónica e como um problema social”. NIDA (1998, p. 2) refere que “A dependência frequentemente envolve não apenas ingestão compulsiva de SPA, mas também uma escala de comportamentos disfuncionais que possam interferir no funcionamento normal da família, local de trabalho e comunidade”. Falar em dependência química presentemente, é compreendê-la dentro do modelo bio-psico-social de saúde, analisando a pessoa na sua universalidade e considerando-a como parte ativa no processo saúde/doença. Assim, o tratamento da mesma necessita do envolvimento da pessoa, considerando-se o impacto e as consequências do seu consumo nas diversas áreas da sua vida (LEITE, 2000 citado PRATTA e SANTOS, 2009).

Não basta, portanto, identificar e tratar os sintomas, mas sim, identificar as consequências e os motivos que conduziram ao recurso da mesma, pensando a pessoa globalmente, para que se possa oferecer outros referenciais e subsídios que promovam mudanças de comportamento em relação à SPA. (PRATTA e SANTOS, 2009).

Segundo CABALLO (2008), os fatores essenciais para explicar a iniciação, manutenção ou abandono do comportamento aditivo são a vulnerabilidade individual, o contexto e as consequências.

O desenvolvimento de dependência de SPA não é um processo imediato, mas envolve um processo complexo que passa por diferentes etapas.

São conhecidos os fatores de risco e de proteção na adição. Ao fazer uma abordagem aos fatores de risco e proteção explanados na literatura científica relevante, são referidos com frequência os fatores familiares, o grupo de pares escolares e os individuais.

Segundo o Manual Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV (2002), o dependente de SPA continua a consumir a substância, apesar de poder ter a consciência que tem um problema físico ou

psicológico em consequência da mesma. SILVEIRA FILHO (1995) citado por PRATTA e SANTOS (2009), assegura que para a pessoa dependente da SPA, esta passa a exercer um papel central na sua vida, na medida em que, através do prazer provocado/procurado, preenche lacunas importantes, tornando-se indispensável para o seu funcionamento. CÂMARA (1995) considera que a imaturidade, a baixa tolerância à frustração, o baixo limiar à dor, a impulsividade, os núcleos depressivos profundos, a passagem ao ato, a tendência ao recurso de SPA para evitar a ansiedade e a depressão, são traços que podem descrever uma personalidade toxicodependente.

COSTA e ROCHA (2000), salientam que o sentimento de vazio como o problema maior dos indivíduos toxicodependentes. Se por um lado a inibição do comportamento de consumo de SPA motivada pelo conhecimento de que a pessoa tem das consequências negativas se consumir, por outro lado, não há medidas de sucesso de cariz farmacológico para as modificações que ocorrem no organismo. Estas são traduzidas por alterações no comportamento da pessoa e não estão ligadas mecanicamente à ação biológica da substância. A suspensão dos consumos deixa um vazio, que era preenchido pela motivação para o prazer do consumo das drogas.

Pode ser inferido que a dependência tem uma componente de disfunção motivacional. Torna-se assim importante, avaliar as oscilações dos seus estados motivacionais e a sua influência na adesão ao tratamento.

Ao longo de quarenta anos, estudos sobre a adesão, as suas causas e intervenções assim como, o conhecimento acumulado, sobre a incidência da não adesão, levou ao “Adherence Project” da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) a emitir um conjunto de recomendações com relevância para a prática dos cuidados de saúde no âmbito das doenças crónicas e que traduzem o “estado da arte”, no que diz respeito ao conhecimento e intervenção relativas à adesão ao regime terapêutico. Salientamos alguns:

A não adesão ao regime terapêutico, no âmbito das doenças crónicas é um problema mundial de grande importância; A mortalidade e morbilidade que lhe estão ligadas atingem valores elevados e com profundas repercussões na saúde das pessoas, bem como elevados custos económicos na economia global e resultados negativos nos indicadores de saúde.

Ao promover a adesão, aumenta-se a segurança do doente, atenua-se o risco de morte e do agravamento no seu estado de saúde, bem como o incremento da dependência, do número de recaídas e da gravidade das mesmas e o surgimento de resistências aos fármacos. Medidas efetivas que incrementem a adesão podem ter maior impacto na saúde das pessoas do que as potenciais melhorias consequentes de novos tratamentos e progressos tecnológicos específicos. Aconselham os sistemas de saúde a progredir, ao encontro dos novos desafios, melhorando os sistemas de informação e comunicação, assim como as suas capacidades organizativas, impulsionando uma afetação mais racional dos recursos, horários mais convenientes e continuidade

dos cuidados, entre outros. Ao invés de desaprovar os comportamentos das pessoas com doença crónica, estas devem ser compreendidas e apoiadas. Ou seja, não se deve colocar o foco na pessoa/ doente, omitindo os profissionais e os sistemas de saúde. Os fatores relacionados com a doença, com a pessoa, com o tratamento, com os técnicos e serviços, com fatores sociais, económicos e culturais, podem influir na adesão ao tratamento. A adesão pode ser incrementada com intervenções individualizadas, no entanto, não existe uma única estratégia que seja convincente para todas as pessoas.

A adesão é definida como: “A medida em que o comportamento de uma pessoa tomar a medicação, seguir uma dieta e/ou executar alterações ao estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas com o prestador de cuidados de saúde.” (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Na literatura, em língua inglesa a adesão é referida com dois termos distintos, “compliance” e “adherence”, muitas vezes utilizados indiferentemente, no entanto o primeiro tem uma compreensão passiva, o segundo sugere uma atitude pró-ativa da pessoa no processo de decisão congregando os conceitos de concordância, cooperação e parceria entre a pessoa e o prestador de cuidados de saúde (MIDENCE, MYERS, 1998 e VERMEIRE, 2001). Trata-se pois de um processo dinâmico que é e deve ser acompanhado, avaliando a motivação da pessoa e o aparecimento de fatores que a possam influenciar negativamente a sua adesão.

A Ordem dos Enfermeiros (2009) citando a OMS (2003) refere que adesão é influenciada por vários fatores. Destacam-se entre outros a condição socioeconómica, baixo nível educacional, o desemprego, a distância dos centros de tratamento com custo elevado do transporte ou da medicação, a doença e as características inerentes à mesma, os fatores relacionados com a terapêutica e por último as crenças culturais acerca da doença e do tratamento. A dificuldade dos profissionais de saúde em focarem os cuidados nos doentes refletindo assim o contexto individual, familiar e social, no planeamento e na adaptação dos cuidados, são um dos fatores de não adesão, referidos por LEITE e VASCONCELLOS, (2003).

O ICN (1999) calcula que existam cerca de 12 milhões de enfermeiros no mundo e considera que este número, ligado ao facto de estarem presentes em todos os âmbitos de prestação de cuidados de saúde e à sua proximidade com os doentes, coloca-os numa posição excecional para desenvolver estratégias sustentadas que concorram para a melhoria na adesão.

Um estudo mencionado pela OMS (2003), (CRAMER e ROSENBECK 1998), alude que as taxas médias de não-adesão encontradas são entre 37 e 42%, nos cuidados psiquiátricos. As recaídas que acontecem com frequência, nesta população, podem ser secundárias à má adesão ao tratamento (RIES et al, 2000).

A dependência de SPA, que se integra no domínio das doenças crónicas e que carecem de cuidados psiquiátricos, a adesão ao tratamento é um foco de atenção dos enfermeiros e uma

necessidade em cuidados de enfermagem (CIPE). Mas a centralidade nas abordagens psicológicas, dentro das intervenções terapêuticas em comportamentos de dependência de SPA, não pode prejudicar a importância das abordagens sociais ou biológicas, uma vez que o comportamento é produto de múltiplos fatores, entre os quais o biológico e o social.

Se inicialmente a ênfase é dada à manutenção da abstinência, posteriormente devem ser abordados aspectos disfuncionais da personalidade, visando uma maior adesão ao tratamento e uma melhor capacitação para a resolução de problemas (YOUNG, 1990).

As abordagens ao processo de mudança comportamental na adição, assumem que as pessoas devem ser capacitadas para a precariedade do seu estilo de vida e as suas consequências e que isso constituirá uma motivação para mudar os seus hábitos (TAYLOR 1995).

Um passo elementar para que ocorram mudanças de comportamentos em saúde é através do aconselhamento ao indivíduo, de modo a facilitar a sua mudança.

A “Associação Europeia para o Aconselhamento” descreve aconselhamento como: “Counselling is an interactive learning process contracted between counsellor(s) and client(s), be they individuals, families, groups or institutions, which approaches in a holistic way, social, cultural, economic and/or emotional issues... Counselling may be concerned with addressing and resolving specific problems, making decisions, coping with crisis, improving relationships, developmental issues, promoting and developing personal awareness, working with feelings, thoughts, perceptions and internal and external conflict. The overall aim is to provide clients with opportunities to work in self- defined ways, towards living in more satisfying and resourceful ways as individuals and as members of the broader society.” (EAC definition of counselling adopted AGM 1995). Na definição sobressaem: resolução de problemas, processo de tomada de decisão, confronto com crises pessoais, melhoria das relações interpessoais, promoção do autoconhecimento e da autonomia, aspeto psicológico da intervenção centrada em sentimentos, pensamentos, percepções e conflitos e facilitação da mudança de comportamentos. O aconselhamento implica uma relação de ajuda que se propõe facilitar a integração mais satisfatória para a pessoa, à situação com que se depara e otimiza os recursos pessoais no que se refere ao autoconhecimento, autoajuda e autonomia, com incremento no seu bem-estar psicológico e na sua autonomia perante as dificuldades e os problemas que enfrenta, ajudando-a a evoluir na competência para tomar decisões, de modo a que estas lhe sejam benéficas (ROWLAND, 1992).

O aconselhamento difere da psicoterapia. As diferenças remetem para aspetos peculiares, tais como a situação; centrado na resolução de problemas da pessoa; focado no presente; duração mais curta; dirigido mais para a ação do que para a reflexão; centralizado mais na prevenção do que no tratamento.

O papel do enfermeiro é agir como facilitador da mudança de comportamento e ajudar na manutenção do mesmo. (THOMAS e BOND, 1995). Constitui-se como uma intervenção para manter ou otimizar a sua saúde, nomeadamente na adoção de um estilo de vida e comportamentos saudáveis e na necessária adaptação a modificações possíveis no seu estado de saúde, ou tudo o que possa envolver quer uma mudança pessoal, quer a adaptação a uma nova circunstância, à interação com os técnicos de saúde, à adesão ao tratamento e às medidas de reabilitação necessárias.

Esta é uma das áreas em que a pessoa beneficia com a intervenção do EEESMP pois está socialmente comprometido com ela na competência que refere que o Enfermeiro especialista de Saúde Mental e Psiquiatria, “Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto” (OE 2011). A adesão ao tratamento constitui-se deste modo como uma das áreas importantes de intervenção da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (ESMP), que pela implementação de atividades de âmbito psicoterapêutico e psicoeducacional poderá promover uma transição para a abstinência de SPA e a produção de um projeto de vida saudável, robustecendo a importância fundamental da abordagem na prevenção da recaída.

A intervenção na redução de riscos e minimização de danos tem sido legitimada formalmente, sendo a sua regulação social arrogada e transmitida através de legislação e com orientações específicas, conforme está mencionado na “Estratégia nacional de luta contra a droga” (2005-2012, p. 6851), que refere que, “A primeira meta da intervenção de redução de danos é tentar estabilizar o comportamento problemático do indivíduo e prevenir uma maior exacerbação das consequências prejudiciais. Tende a estimular a manutenção da mudança de comportamento e a não permitir que o problema se agrave. A redução de danos promove o acesso a serviços de baixa exigência como alternativa às respostas tradicionais de alta exigência.”. Nesta problemática inscrevem-se muitas das competências do EEESMP (OE 2011) e concomitantemente regras de cidadania, da ética e da bioética.

Ao referir a importância do papel desempenhado pelo EEESMP, salientamos o que foi denominado por “atitude terapêutica”, ou seja, o uso de atitudes que contribuirão para a recuperação da pessoa e como salientam STEFANELLI, FUKUDA e ARANDA (2008, p.27), “...cujo enfoque do cuidado deixa de ser o trabalhar para o utente, mas sim, junto dele”.

Pensamos que o enfermeiro possa ajudar a pessoa adicta que necessita de cuidados, mas deve em primeiro lugar, acreditar que essa pessoa, independentemente da natureza do seu problema de saúde é única e detém os recursos básicos para o resolver. Compete ao enfermeiro promover o desenvolvimento das capacidades do indivíduo e da família, de forma a torná-los competentes e capazes de recorrer aos recursos afetivos, físicos, sociais e económicos disponíveis e oferecer os

meios que permitam à pessoa descortinar ou reconhecer as capacidades pessoais a usar, para resolver o seu problema. (BERGER, 1995). Para o mesmo autor, é através da relação de ajuda que o enfermeiro pode ajudar a pessoa de quem cuida a expressar as suas dificuldades, com o objetivo de facilitar sentimentos de pertença e de envolvimento, considerando-se interveniente ativo na situação, aceitando a dor ou as dificuldades de uma situação com mais tranquilidade. A pessoa deve apropriar-se do seu problema com maior clareza, de maneira mais realista, nas justas proporções das suas competências e modificar as suas perspetivas sobre o assunto, em caso de necessidade.

De acordo com ANDRÉ e ROSA (1997), quando refere que para a qualidade em saúde, é indispensável o comprometimento de todos os intervenientes, na implementação de práticas que conduzam à satisfação das pessoas e acrescentamos, de todos os envolvidos direta ou indiretamente, num esforço permanente para garantir uma efetiva melhoria contínua na qualidade dos cuidados de saúde. Para tal é necessário trabalhar-se em colaboração, partilhando experiências e reunindo esforços.

A satisfação da pessoa adicta que procura cuidados de saúde tem sido considerada ao longo dos últimos tempos como um pilar fundamental no qual se deverá edificar toda a organização dos serviços de saúde que desejem que a qualidade dos cuidados tenha o nível da excelência. Para RUGGERI (1994), não pode existir uma elevada qualidade dos cuidados de saúde se a pessoa estiver insatisfeita. O conhecimento adquirido pela investigação em Enfermagem é utilizado como um importante recurso para incrementar uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados prestados e otimizar os resultados em saúde, (ICN 1999).

Existem teorias que os enfermeiros devem apoderar-se, para que as suas intervenções autónomas e nos comportamentos de saúde das pessoas possam ser mais eficazes e a perceção da interação entre estes e as pessoas adictas seja mais profícua para os envolvidos.

5.2 TRANSIÇÃO

A enfermagem é uma ciência jovem. Apoia-se em teorias que foram desenvolvidas ao longo do tempo. Cada teoria alude a uma filosofia para pensar a enfermagem e o cuidado incorporados na prática, uma vez que fornecem o respaldo científico para justificar a ação terapêutica no cuidar. É necessário que a enfermagem se aproprie das teorias, na prática quotidiana, mediante o aprofundamento do estudo das mesmas e subsidiadas pelos modelos de análise de modo a ter o alicerce teórico que baseie o processo de enfermagem.

MELEIS *et al* (2000) desenvolveram uma teoria de médio alcance, caracterizando-se por ter alvos mais limitados e menor abstração do que outro tipo de teorias. Esta teoria incide nos processos de

transição a que o ser humano está sujeito durante todo o seu ciclo vital. Ao tratar-se de uma teoria de médio alcance, aspira promover uma estrutura que permita descrever, compreender e interpretar e ou explicar os fenómenos específicos da enfermagem que emergem da prática diária do enfermeiro, que ao suportar a pessoa em transição, tem como objetivo a promoção do seu bem-estar, capacitando-a para lidar com problemas num momento específico, mas também capacitá-la na promoção e proteção no futuro, permitindo-lhe alcançar processos de transição saudáveis (MELEIS, 2010).

A teoria surge assim, de uma perspetiva que tem por base a missão da Enfermagem no cuidado ao ser humano e defende que as pessoas que passam por transições, são mais vulneráveis a riscos que afetam a sua saúde (MELEIS *et al*, 2000), portanto são elementos do domínio da enfermagem, visto serem responsáveis por alterações na vida dos indivíduos e com implicações na sua saúde. (CHICK & MELEIS, 1986).

MELEIS (2010) define transição como “uma passagem de um estado estável para outro estado estável, um processo caracterizado por uma mudança. As transições são compostas por diferentes etapas dinâmicas e pontos de viragem.” Uma característica importante da transição é que esta é, principalmente, positiva. O culminar da transição conduz a pessoa para um período de solidez, comparativamente com o estado anterior”.

Enquanto profissão que se preocupa em prestar cuidados “... ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado para que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (REPE, 1996). A Enfermagem não pode ignorar as situações que afetam a sociedade em geral, como por exemplo a dependência de SPA, o suicídio ou a delinquência, entre outros.

Com o identificar das transições e considerá-las como foco de atenção da enfermagem, fomenta-se o desenvolvimento de instrumentos de trabalho para as descrever, proporcionando a descoberta de mecanismos usados pelas pessoas quando vivenciam mudanças nas suas vidas e desenvolve o conhecimento de intervenções facilitadoras da experiência da transição, orientando para um coping saudável. Mas, quando a pessoa se confronta com situações de stress, as quais não consegue enfrentar ou adaptar-se, entra em desequilíbrio, e esse evento é denominado como transição. (ZAGONEL, 1999).

Um facto a ter atenção é que as pessoas adictas são originárias de meios socioeconómicos baixos. Estudos demonstram que os indivíduos com estatuto socioeconómico mais baixo estão mais propícios a sintomas psicopatológicos e a eventos que podem dificultar a transição (ABE e MORITSUKA, 1986, UPHOLD e SUSMAN, 1981 citado. por MELEIS *et al*, 2000).

A preparação facilita a experiência da transição e a sua lacuna dificulta-a. Inerente à preparação da pessoa para a transição, está o conhecimento sobre o que esperar durante a sua ocorrência e quais as estratégias que a podem ajudar na gestão da situação. Os elementos facilitadores são neste caso a informação adquirida através dos profissionais de saúde e o contacto com pessoas que vivenciaram a mesma transição, de forma a poderem esclarecer ou clarificar todas as suas dúvidas. A transição de desenvolvimento compreende o período transitório da vida, em que a pessoa faz a desabitação de SPA, considerado como um momento crítico, envolvendo todo o seu ciclo vital. Nessa transição depara-se com a abstinência e consigo própria. Tem especial significância a relação que se estabelece entre o cuidador e o “ser-cuidado”, que deve ser baseada na confiança, interação e transação, retroalimentando a solidificação de uma visão humanística.

A situação exige dos profissionais de saúde e especialmente do enfermeiro, a compreensão da ocorrência do processo de transição por que passa a pessoa, para que, de forma firme e solidária, ofereça o suporte necessário para restabelecer o equilíbrio perdido, facilitando a transição e contribuindo para a enfrentar e adaptar-se. A sua atenção deve focalizar-se na transição situacional que envolve o internamento, período em que ocorre um evento, na vida da pessoa adicta, gerador de stress, associada ao acontecimento e que implica alterações de papéis, como o da abstinência. Por outro lado o enfermeiro também necessita de mobilizar os seus recursos, pois o seu sistema deve estar colocado em ação para a suplementação de papel numa situação de insuficiência do mesmo, promovendo na pessoa a resposta adaptada à situação.

A transição saúde-doença é um tipo de transição em que existe uma patologia, neste caso a adição, que vai condicionar a estabilidade e a normalidade da vida da pessoa. Este tipo de transição estabelece-se diante da passagem de uma condição doença, para uma condição saudável, em que a pessoa se confronta, de forma intensa, com mudanças que desestabilizam o seu modo de vida, podendo gerar sentimentos de inadequação diante da nova situação.

Em termos científicos, os estudos sobre a eficácia dos programas para desabitação de SPA evidenciam taxas de sucesso altas, deixando antever que a abstinência pode ser um objetivo exequível, porém é uma etapa de sucessivas dificuldades na vida do adicto, quer no âmbito individual, social e que leva a pessoa a transitar, perante a perda do efeito da substância, o surgir de novos desejos, novas ligações sociais, além da desejada autonomia. Esta instabilidade conduz a sentimentos de insegurança e desamparo, combatidos pelo adicto por meio de mecanismos de defesa, que ao serem entendidos pela equipa de saúde, traduzem a importância de um envolvimento interdisciplinar no cuidado integral à pessoa (BIANCULLI, 1997). A transição do consumo para a abstinência representa assim uma condição de crise, intensificada pela complexidade dessa passagem, principalmente quando agregada ao processo de transição de doença/saúde.

O enfrentar da transição no processo de mudança determina o alcance de um nível maior de circunspeção, porém e em contrapartida, pode desencadear instabilidade com repercussões emocionais profundas. Este processo quando percebido pela pessoa em transição, como uma possibilidade de perdas e de ganhos, pode auxiliá-lo na adaptação à situação, com a percepção de perspectivas novas (MALDONADO e CANELA, 2003).

Assim, a transformação estimulada pelo processo de transição deve ser percebida pelo enfermeiro como um momento de crise para a pessoa, mas também como uma oportunidade para legitimar o cuidado de enfermagem e o seu impacto positivo na adaptação da pessoa a cada evento vivenciado.

Para cuidar, o enfermeiro necessita muito mais que a técnica, necessita de sensibilidade para ultrapassar barreiras pessoais e profissionais diante da situação imposta no cotidiano. Para tal, deve incorporar conceitos de transição, desenvolver habilidades relacionais, aprofundar conhecimentos de comunicação e principalmente, estar atento às mudanças que ele passa ao confrontar-se com a transição do outro.

Conhecer, compreender e esclarecer o significado da transição para o ser humano são atributos que facilitam a relação intersubjetiva, entre o enfermeiro e a pessoa adicta que vivencia a transição e que contribuem para a eficácia das intervenções terapêuticas de enfermagem e, como tal, o objeto dos cuidados de enfermagem que é a pessoa em transição (MELEIS, 2010).

5.3 MODELO TRANSTEÓRICO

Uma das contribuições mais relevantes na abordagem da adição tem sido a do Modelo Transteórico (MTT), desenvolvido por Prochaska e Di Clemente em 1982. Com o objetivo de perceber a mudança de comportamento, o MTT trouxe transformações decisivas à abordagem nesta problemática. Resultou da incorporação de diversas teorias que apresentavam fragilidades nas explicações, quanto aos processos de mudança que foram reconhecidos e adicionados no desenvolvimento do modelo Transteórico (SZUPSZYNKY e OLIVEIRA, 2008).

O principal pressuposto é que as mudanças bem-sucedidas derivam da aplicação de estratégias certas, ou seja, os processos certos e no momento certo, harmonizados aos estádios em que cada pessoa se encontra (PROCHASKA, Di CLEMENTE e NORCROSS, 1992). Uma das dimensões mais evidentes deste modelo foi a descoberta da necessidade de conhecer o estádio de mudança de cada pessoa e adequar as intervenções terapêuticas ao mesmo. Os estádios estão descritos pela literatura de forma bem definida. Inicialmente foram descritos quatro estádios: Pré-contemplação, Contemplação, Ação e Manutenção. Posteriormente constatou-se que, entre o estádio de Contemplação e Ação, as pessoas passavam por uma fase de planejamento das

possíveis ações. Esse estadió foi denominado como Determinação ou Preparação e passou a ser incluído como o terceiro estadió (PROCHASKA et al, 1992). PROCHASKA (2008) considera assim a existência de seis estádios de mudança: pré-contemplação, contemplação, preparação para a ação, ação, manutenção e encerramento.

Estes estádios representam os aspetos temporais e motivacionais da mudança intencional (PROCHASKA, 2008, PROCHASKA, NORCROSS, e Di CLEMENTE, 1994) e pode ser incrementada progressivamente. A pessoa toma consciência do problema e desenvolve estratégias necessárias para superá-lo, incluindo a habilidade para superar situações de risco e a recaída.

A pessoa adicta, na fase de pré-contemplação não se interroga, pode mesmo não admitir o seu comportamento como um problema, investe pouco tempo e energia para conseguir uma possível mudança no seu comportamento. Não tem consciência das consequências do seu comportamento aditivo, tanto para si como para as pessoas que rodeiam, pois acredita que o que faz e o seu estilo de vida não são entendidos como problemáticos. Experimenta menos reações emocionais perante os aspetos negativos do seu problema, em comparação com a reatividade observada em estádios mais avançados. Nesta fase, as recompensas do consumo de SPA superam os aspetos negativos do mesmo. É provável que se mantenha nesta fase porque não tem informação suficiente sobre o seu comportamento aditivo ou por confiança limitada na sua capacidade de mudar.

Uma vez que não considera o seu consumo como um problema, quando vem para o tratamento pressionado e quando o inicia, fá-lo com o objetivo de reduzir a pressão externa a que está sujeito. Se não for questionado o seu nível de motivação, quando a pressão externa diminui, restabelece o estilo de vida anterior. É provável que, nesta fase, a pessoa esteja na defensiva perante qualquer pressão externa para a mudança. É importante que o terapeuta saiba como lidar com a resistência da pessoa.

Na fase de contemplação, a pessoa adicta está mais consciente das consequências do seu comportamento aditivo, o que a ajuda a reavaliar-se a nível cognitivo e afetivo, sendo mais recetiva a receber feedback sobre o seu consumo. Pode até avaliar a possibilidade de parar de consumir, mas não assume um compromisso firme para mudar. A mudança surge a nível intencional, mas não se nota qualquer alteração no seu comportamento que objetivamente expresse a intenção de mudar. Como resultado da ponderação das consequências positivas e negativas do consumo, começa a considerar parar de consumir, mas basicamente mantém a ambivalência a este nível. Esta fase é caracterizada pela necessidade de falar sobre o seu problema, tentando entender a sua adição, as causas, consequências e a possibilidade de tratamento. Porém, pode permanecer neste estadió durante anos.

Na Preparação é o momento em que toma a decisão da paragem de consumos e faz pequenas modificações no comportamento aditivo, com o objetivo de parar de consumir, por exemplo, diminuir

a quantidade ou via de consumo usada. O desenvolvimento para a próxima fase, exige mudanças na forma como se sente e como valoriza o estilo de vida ligado ao consumo.

Na ação a pessoa adicta faz mudanças no seu comportamento em relação ao consumo. Há uma grande “metamorfose” no comportamento e deixa de consumir. Representa as mudanças mais evidentes e exige da pessoa um compromisso importante que obrigará a esforço e tempo. Como consequência da abstinência, que é o comportamento mais marcante para o meio em que está inserido, a pessoa recebe apoio e reforço social, o que consolida as mudanças que está a fazer. O estadio da ação refere-se aos primeiros 6 meses de mudança.

A fase de manutenção começa nos seis meses subsequentes à mudança. Nesta fase, a pessoa tenta consolidar os ganhos da etapa anterior e a prevenir a recaída. Pode ter medo, não só da recaída, mas também da mudança em si. Acredita que qualquer perturbação pode conduzir à recaída. A consequência imediata nestas circunstâncias é retrair-se e procurar uma reestruturação maior no seu novo estilo de vida. Naturalmente nesta fase, o mais importante para a pessoa adicta é a sensação de que se está a tornar no tipo de pessoa que quer ser.

Nas fases de ação e manutenção, a pessoa pode recair, sendo a recaída entendida como um retorno a um estadio motivacional inferior (PROCHASKA e Di CLEMENTE, 1992).

Para MILLER e ROLLNICK (2001) havia um sexto estadio, a recaída, no qual o percurso da pessoa é voltar a passar pelos estadios anteriores. A recaída é tida como normal e previsível quando se procura uma mudança de comportamento a longo prazo e é entendida como uma manifestação da ambivalência residual perante a abstinência.

A recaída foi descrita, tanto como um resultado da visão dicotómica de que a pessoa está doente ou não e como um processo que abrange qualquer violação no processo da mudança de comportamento (BROWNELL, MARLATT, LICHTENSTEIN e WILSON, 1986), ou seja, a pessoa não tem uma resposta ajustada para enfrentar de forma efetiva e/ou a segurança para lidar com a situação, por baixa na autoeficácia (BANDURA, 1977), a tendência é “ceder à tentação”.

O MTT também considera duas variáveis dependentes que intervêm no movimento entre estadios: o equilíbrio de decisão (decisional balance, ou seja, os prós e os contras da mudança comportamental) e a autoeficácia (confiança na capacidade para mudar e subsistir às tentações e crenças para se envolver no comportamento problema) (PROCHASKA et al, 1994).

Considerado como relevante pelo MTT a autoeficácia, alicerça-se “nas crenças das pessoas de que conseguem exercer controlo sobre a sua própria motivação, processos de pensamento, estados emocionais e padrões de comportamento” (BANDURA, 1994; p. 26). Deste modo, a eficácia pode afetar todas as fases de mudança pessoal (BANDURA, 1992).

Segundo a abordagem de PROCHASKA e Di CLEMENTE (1992, 1993) é pouco provável que uma pessoa adicta possa desvincular-se completamente de tudo o que diz respeito ao seu

comportamento aditivo, já que para ela o fim é atingido quando dois critérios são cumpridos: Quando já não existe o desejo de consumir perante qualquer situação de risco ou se a sua autoeficácia é máxima e entendida como a confiança e segurança para não consumir em qualquer conjuntura.

A “decisão” de consumir ou não é mediada pelas expectativas que a pessoa tem quanto aos efeitos iniciais do consumo da substância (JONES, CORBIN e FROMME, 2001). Se inicialmente a ênfase é dada à manutenção da abstinência, posteriormente devem ser abordados aspetos disfuncionais da personalidade, visando uma maior adesão ao tratamento e uma melhor capacitação para a resolução de problemas (YOUNG, 1990). A revisão feita por BRANDON, VIDRINE e LITVIN, (2007), sustentam que a eficácia a longo prazo nos tratamentos demanda compreensão das causas e dos processos de recaídas, com o objetivo de desenvolver estratégias para reduzir a sua ocorrência.

A possibilidade de surgir uma recaída constitui o objetivo fundamental na intervenção motivacional, por ocorrer quando as estratégias usadas pela pessoa para manter o estado de abstinência de substâncias psicoativas, falham e apresenta sentimentos de fracasso, de desesperança e culpa. É possível que possa afetar negativamente a sua autoeficácia.

O tratamento a longo prazo deve centrar-se na minimização de sintomas, na melhoria do comportamento social e familiar, no treino de habilidades (MOGGI et al, 1999), bem como na prevenção de recaída (WEISS et al, 1995).

De acordo com BUCHELE, MARCATT e RABELO (2004), a recaída é considerada como um estado de crise, que se manifesta pelo regresso ao consumo de substâncias, após um período de abstinência. Para MARLATT e DONOVAN (2009, p. 16), “as origens do termo recaída derivam de um modelo médico, indicando o retorno a um estado de doença após um período de remissão”. Paralelamente afirmam também, que os indivíduos que tentam mudar um comportamento problemático, passam naturalmente por um lapso, ou seja, um breve regresso ao comportamento anterior. No entanto, é essencial que os dependentes de SPA consigam reestruturar os pensamentos negativos sobre lapsos, de modo a não os encarar como um fracasso. A informação facultada ao adicto, sobre a probabilidade da ocorrência de um lapso, pode ajudar nas tentativas da pessoa alcançar a abstinência e evitar a consolidação da recaída. Concomitantemente para POLIVY e HERMAN (2002), citados por MARLATT e DONOVAN, (2009), revela que a recaída pode ser considerada como o denominador comum de várias alterações de comportamento e no tratamento de problemas psíquicos. Ou seja, os autores afirmam que a maioria dos indivíduos que fazem a tentativa na mudança de comportamentos para alcançar um determinado objetivo, experimentam lapsos que frequentemente conduzem à recaída.

Deste modo, BUCHELE, MARCATTI e RABELO (2004) afirmam que a dependência de substâncias psicoativas é um problema crónico e que pela sua natureza apresenta recidivas, que surgem no dia-

a-dia do dependente, resultantes da sua dificuldade em gerir situações e que podem conduzir a uma recaída. A ocorrência da mesma pode surgir no decurso de vários fatores como emoções negativas, convívio com amigos consumidores, conflitos no trabalho ou com outras pessoas, entre outros. Contudo, não significa dizer que não consigam abandonar o consumo e dar continuidade ao tratamento da dependência. Neste sentido, recaída é considerada como fazendo parte do processo de reabilitação do adicto a SPA e não como o fim do processo (ÁLVAREZ 2007). Utilizada para indicar o restabelecimento da dependência após um período de abstinência, a recaída é o que torna a dependência tão inquietante e frustrante, conforme referido por MILBY (1988), entanto, o facto de ocorrerem episódios de abstinência na trajetória da dependência, transmite o sentimento de esperança à pessoa e aos que tentam ajudar e não significa que não conseguirá alcançar a abstinência. Entendida como um estado de transição, que pode ou não ser seguido de um progresso positivo, a recaída pode ser considerada como parte de um processo de mudança e ainda segundo os autores, como fundamental para que a pessoa dependente possa aprender com a experiência de ter recaído, tal como referem JUNGGERMAN e LARANJEIRA, (1999) citado por ÁLVAREZ, (2007).

O MTT evidencia a tomada de decisão, ao contrário de outras abordagens focadas nas influências sociais e por vezes coercivas (PROCHASKA, Di CLEMENTE e NORCROSS, 1992). Destaca-se também a necessidade de ter em conta dois aspetos: a abordagem ser pouco intrusiva no estilo de vida da pessoa e focalizar-se nos fatores de motivação para a mudança (TONEATTO e MILLAR, 2004).

A mudança de comportamento acontece ao longo do processo, no qual as pessoas estão e passam por diversos níveis de motivação para mudança. Esses níveis estariam representados por estádios de motivação para a mudança. Representam a dimensão temporal do MTT e permitem perceber quando as mudanças particulares, intenções e comportamentos verdadeiros podem acontecer (SZUPZINSKI, 2006).

Ao referir a mudança como um processo voluntário e não como um facto isolado contribui de forma relevante, para o planeamento de intervenções adequadas. Compreender o quanto a pessoa está motivada, traz avanços para a área da saúde mental e particularmente na área dos comportamentos aditivos, na medida em que orienta a equipe de técnicos para o uso de intervenções adaptadas à situação e permite elaborar estratégias terapêuticas que facilitem o processo de mudança do comportamento.

Outro conceito no MTT é processo de mudança e possibilita a compreensão de como a mudança do comportamento ocorre. O processo de mudança não pode ser considerado puramente linear, uma vez que os seus estádios são entendidos como fazendo parte de uma “espiral”, na qual a pessoa pode deslocar-se de um estadio para o outro, sem uma ordem pré-estabelecida (PROCHASKA et

al, 1992). É um conceito mais genérico, não é definido unicamente como uma fixação num estadio ou noutro, mas indica um desejo de inserir-se num processo pessoal ou de adotar um novo comportamento, representando uma mudança paradigmática em relação ao comportamento-problema e estabelecer o foco de atenção na motivação. Segundo Di CLEMENTE, SCHLUNDT e GEMMELL (2004), existem dois aspetos distintos relacionados com processo de mudança: processo de mudança efetiva e processo de mudança para tratamento. A disponibilidade motivacional para a mudança foi considerada como uma incorporação entre a consciencialização da pessoa em relação ao seu problema e a confiança nas suas habilidades para mudar, ou seja, no fortalecimento da autoeficácia. Este tipo de disponibilidade estaria associada aos eventos que ocorrem em cada estadio, que alvitram aos profissionais da área da saúde novas estratégias de intervenção. Já a disponibilidade para o tratamento focaliza a motivação para a procura de ajuda e iniciar, manter e terminar um tratamento. Um consumidor de SPA pode procurar tratamento e ao iniciá-lo, terá alta disponibilidade para tratamento, mas se não estiver realmente disponível para manter a abstinência, terá baixa disponibilidade para mudar o comportamento-problema (Di CLEMENTE; SCHLUNDT; GEMMELL, 2004).

PROCHASKA e Di CLEMENTE (1982) identificaram dez processos de mudança específicos que as pessoas realizam para progredirem no processo de mudança. Seriam atividades encobertas ou declaradas que as pessoas realizam de acordo com sua evolução no processo motivacional. Segundo CALHEIROS, ANDRETTA e OLIVEIRA (2006), esses processos de mudança podem ser divididos em dois grupos: processos cognitivo-experienciais (Tomada de Consciência; Expressão Emocional; Reavaliação Ambiental; Auto Reavaliação do Self; Auto Deliberação) e processos que se referem, principalmente, a aspetos comportamentais (Controlo das Contingências de Reforço; Relações de Ajuda; Contra condicionamento; Controlo de Estímulos, Liberação Social).

Segundo PROCHASKA e Di CLEMENTE, (1992), a possibilidade de mudanças cresce com a utilização de recursos ambientais e sociais, por exemplo, escola, trabalho, grupo de amigos, ocupação do tempo livre, grupos de apoio e grupos de ajuda mútua.

5.4 MOTIVAÇÃO

Independente da abordagem terapêutica nos comportamentos aditivos, percebe-se que muitos autores anuem que a variável mais evidente e comprometida na adesão ao tratamento é a motivação para a mudança (Di CLEMENTE, STORY e MURRAY, 2000). Já em 1995 RYAN e PLANT referiram um aspeto importante a ter em atenção, é a origem da influência da motivação, que pode ser extrínseca (pressões sociais e familiares, ações coercivas, etc.) ou intrínseca (motivação do próprio indivíduo).

As pessoas com problemas de adição, geralmente chegam ao tratamento com motivações oscilantes e conflitantes, a dicotomia na experiência de um conflito psicológico para decidir entre dois caminhos diferentes, porque cada opção tem benefícios e custos (ROLLNICK *et al*, 1993). A esse conflito pode chamar-se ambivalência que permeia principalmente as primeiras sessões do tratamento e parece ter um potencial especial para manter as pessoas “presas” ao consumo e constituir-se como fator de stress. A ambivalência é pois um estado mental no qual a pessoa tem sentimentos coexistentes e conflituosos, no que diz respeito ao comportamento a ser modificado (FIGLIE, BORDIN e LARANJEIRA, 2004).

São vários autores, (ROLLNICK *et al*, 1992; MILLER; e ROLLNICK, 2001), que consideram como conflito básico a ambivalência e que assume um papel central nos comportamentos aditivos. No entanto, é importante salientar que a ambivalência não é considerada como um sinal negativo, uma vez que a pessoa que se encontra em conflito não tem uma decisão tomada, tanto no sentido de manter o consumo como de se abster. De certa forma, a gestão da ambivalência, a partir do momento que o profissional compreende a normalidade desse fenómeno, evoca menor resistência por parte da pessoa e facilita o progresso no aconselhamento (MILLER e ROLLNICK, 2002). Isto é, de acordo com esta abordagem, a motivação é vista como uma característica dinâmica ao invés de um cariz estático, podendo constituir-se como uma oportunidade de intervenção e ser influenciada por fatores externos. De acordo com MILLER e ROLLNICK (2001), a motivação pode ser entendida como a probabilidade que a pessoa tem de iniciar, dar continuidade e permanecer num processo de mudança. Porém, não deve ser entendida como estável ou inerente à personalidade ou ao carácter da pessoa, mas sim como algo fluido e que pode mudar entre situações ou momentos. Neste sentido e no que se refere aos comportamentos aditivos, motivar a pessoa para o tratamento deve ser um dos objetivos básicos do processo terapêutico, considerando a motivação como um estado interno mutável e variável e que pode ser influenciado externamente. A motivação vista como mutável e variável, facilita o processo de mudança e possibilita alcançar resultados positivos no tratamento (MILLER e TONINGAN, 1996; PROCHASKA, Di CLEMENTE e NORCROSS, 1992).

Segundo BECK *et al* (1997), todas as análises do tratamento da toxicodependência ficariam incompletas, se não incluíssem os processos de motivação. Existem vários princípios para o tratamento eficaz quer seja, direta ou indiretamente, referem a motivação, não se restringindo só à motivação para entrar e continuar em tratamento, mas também à motivação para a mudança, um conceito que só pode ser entendido a partir de uma perspetiva psíquica. Em 1999, o National Institute on Drug Abuse (NIDA) publicou treze princípios, resultado da pesquisa empírica realizada nos trinta anos anteriores, considerados como relevantes para o tratamento eficaz da dependência de SPA. Encarado na perspetiva atual, esses princípios continuam vigentes e não são postos em causa pela comunidade científica. Os princípios para o tratamento efetivo da dependência de SPA

estão circunscritos, dentro dos conceitos que declaram uma conceção psicológica do fenómeno aditivo e o seu tratamento. O primeiro afirma que "O tratamento deve estar imediatamente disponível." Este princípio tem implícitas referências à motivação para entrar em tratamento e fomenta a eliminação das barreiras que impedem o acesso ao mesmo. Admite-se que a motivação para o tratamento pode ser baixa, ou pelo menos inconstante, mas ao diminuir as dificuldades de acesso converte-se numa questão crucial para que haja oportunidade para o envolvimento da pessoa no processo terapêutico. Contudo, não deve ser confundido com a ideia de que a pessoa deve ter acesso ao tratamento de forma voluntária para que haja possibilidade de êxito. O terceiro princípio declara que "O tratamento eficaz atende a múltiplas necessidades do indivíduo, e não apenas o uso de drogas", e o quarto afirma que "Um plano de tratamento e serviços individuais devem ser avaliados de forma contínua e corrigido quando considerado necessário para garantir que o plano garante as necessidades de mudança da pessoa. " O décimo princípio afirma que "O tratamento não necessita de ser voluntário para ser eficaz." Salienta assim que a pessoa recebe o tratamento adequado e não ser tão relevante como é conseguido.

A motivação para a mudança, está pois intimamente ligada à modificação de múltiplos fatores relacionados direta ou indiretamente ao consumo de SPA. Esses fatores são variáveis de carácter psicológico tais como a sua avaliação, que é individual e pessoal, não existindo qualquer elemento objetivo que determina o consumo ou renúncia ao consumo de SPA.

Pelo exposto podemos dizer, que a motivação para o tratamento e a mudança de comportamento são conceitos centrais no tratamento da dependência de SPA, que devem forçosamente ser abordados a partir de uma perspetiva psicológica de acordo com a própria natureza do conceito de motivação e dentro de um plano de tratamento que de forma explícita a considere.

Embora persistam falhas na compreensão de vários aspetos da dependência de SPA, nas mulheres, principalmente em relação ao tratamento, já não existem dúvidas de que elas apresentam características e necessidades diferentes das dos homens (HODGINS et al, 1997). Diferem dos homens na motivação, no padrão de consumos, nos fatores de risco e nas razões para o início do consumo, na comorbilidade física e psiquiátrica, nas experiências psicológicas e sociais relacionadas com as substâncias psicoactivas. Todos estes fatores apontam para necessidades de abordagens diferenciadas das dos homens e que devem ser adequadamente conduzidas para garantir uma maior eficácia na abordagem terapêutica (BRADY et al, 1999).

5.5 O PAPEL DAS INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS NO TRATAMENTO DA ADIÇÃO

De acordo com o European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), refere no relatório apresentado em 2015, as abordagens psicossociais como intervenções estruturadas para

dinamizar a resolução dos problemas relacionados com o consumo de SPA e constituem-se como componentes essenciais para qualquer abordagem no tratamento da adição.

Dada a pertinência do assunto, atualmente a pesquisa científica contribui com novos conhecimentos para a abordagem na prevenção e no tratamento do consumo de SPA. No entanto e apesar dos avanços significativos que têm sido feitos no aperfeiçoamento destas intervenções e não há consenso na tradução prática.

O estudo feito por NYAMATHI A, SHOPTAW S, et al (2010), concluiu que a intervenção feita por enfermeiros centralizada na promoção da saúde tem resultados iguais à intervenção feita por especialistas em entrevistas motivacionais. A pesquisa de HUBBARD RL, et al (2003.), afirma que as intervenções psicossociais na dependência de SPA podem favorecer a mudança de comportamentos.

Estas intervenções podem ser usadas em diferentes fases do tratamento. Têm cariz dinâmico, podem ser usadas sozinhas ou em conjunto com o tratamento farmacológico e em diferentes fases do tratamento. Num primeiro contato com os serviços de saúde ajuda a reconhecer e esclarecer a natureza do problema e no compromisso na mudança de comportamento. Numa fase posterior, são usadas para ajudar as pessoas em tratamento, quer seja na retenção no tratamento, quer seja na manutenção dos objetivos comportamentais, bem como na fase de reintegração social. (EMCDDA, 2015a).

A natureza flexível das intervenções psicossociais permite aos prestadores de cuidados, que tenham perspetivas teóricas diferentes, usar combinações de diferentes abordagens, ajustando-as às necessidades individuais de cada pessoa. Além disso, a mesma intervenção pode ser aplicada em diferentes fases do processo terapêutico (KLEBER, 2014), sendo reconhecidas como tendo valor em todo o processo terapêutico.

HOLDER, et al (1991), analisaram ensaios controlados incluindo 33 diferentes abordagens no tratamento do alcoolismo e concluíram que há eficácia evidenciada nas intervenções terapêuticas: treino de habilidades sociais, treino de autocontrolo, entrevista motivacional, gestão do stress, terapia conjugal. HOLDER (1991) também mencionaram que há evidências “aceitáveis” na sensibilização e contratos comportamentais.

Estudos confirmaram a eficácia da abordagem cognitivo-comportamental no tratamento do alcoolismo (BECK AT, RUSH AJ, SHAW BF, EMERY G 1998; MARLATT GA, GORDON J., 1983; LITT MD, KADDEN RM, COONEY NL, KABELA E., 2003) referiram o treino de habilidades intrapessoais e interpessoais, a identificação de situações de risco na reestruturação cognitiva.

De entre as diferentes abordagens, para o reconhecimento e tratamento na adição, que analisam a importância dos aspetos motivacionais, nos comportamentos de dependência, sobressaem o modelo Transteórico de mudança e a Entrevista Motivacional. (EMCDDA 2015). O tratamento

psicossocial tem como objetivo o aumento da motivação para modificar o comportamento de consumo de SPA (ex. entrevista motivacional), assim como promover o treino de habilidades cognitivo-comportamentais necessários para alcançar e manter a abstinência (BRADIZZA et al, 1997; ZIMMET et al, 2000).

5.5.1 A entrevista motivacional

A partir dos estudos que envolviam a motivação, surgiu uma técnica na abordagem terapêutica conhecida como Entrevista Motivacional (EM), criada para orientar a pessoa no reconhecimento dos seus problemas atuais e potenciais e quando há ambivalência quanto à mudança de comportamentos (MILLER e ROLLNICK, 2001). Segundo MILLER e ROLLNICK (2013), a EM é um estilo de conversa colaborativa para o fortalecimento da motivação e compromisso para a mudança. Este método é cada vez mais encarado como uma forma de abordagem das pessoas com comportamentos aditivos com potenciais benefícios e que pode ser eficaz mesmo em intervenções de 2-5 sessões. Contudo, o maior número de contactos com a pessoa incrementa a viabilidade de se obter o efeito pretendido (RUBAK et al, 2005). É definida como um estilo de comunicação com foco na pessoa e propõe intervenções terapêuticas adequadas a cada estadio com o objetivo de incrementar a adesão ao tratamento, estimular a motivação da pessoa para a mudança e prevenir possíveis recaídas em pessoas com comportamentos aditivos principalmente nas fases iniciais do tratamento onde ocorrem a maior percentagem de abandonos (SECADES, HERMIDA e MONTARAZ 2004). Promove a também a resolução da ambivalência através de princípios básicos: evitar o confronto, expressar empatia, criar discrepâncias, lidar com a resistência e estimular e incrementar a autoeficácia (MILLER e ROLLNICK, 1991, 2002, ROLLNICK et al, 2008). Opõe-se às abordagens mais diretas e coercivas, propõe a identificação dos problemas, a estimulação da motivação, a colaboração da pessoa na procura de soluções, a aceitação da ambivalência e a aceitação dos argumentos da pessoa. É um percurso lento e progressivo ao ritmo de cada pessoa com quem se interage. MILLER e ROLLNICK (1991, 2002) e ROLLNICK et al (2008) propõem oito estratégias que se mostraram eficazes na promoção da mudança de comportamento e que podemos usar dentro da EM: O aconselhamento, remover obstáculos, oferecer alternativas, reduzir a inabilidade, usar a empatia, oferecer o feedback, definir objetivos e oferecer ajuda ativa. O estilo que orienta a EM tem sido descrito por ROLLNICK e MILLER (1995) como colaborativo, evocativo e facilitador da autonomia da pessoa.

No entanto, a investigação existente sobre a sua eficácia é bastante heterogénea, principalmente porque há inúmeras formas de aplicar a EM, e porque tem sido aplicada a problemas múltiplos (GUILLÉN, 2004). De acordo com a revisão feita por MADSON, e LOIGNON LANE (2009), a EM

tem sido referida como uma técnica de intervenção eficaz para uma vasta diversidade de substâncias de abuso (BURKE et al, 2003; HETTEMA et al. 2005, MILLER e ROLLNICK, 2002), na adesão ao tratamento e no aumento da disponibilidade para a mudança (DUNN, NEIGHBORS e LARIMER, 2006).

Esta abordagem é apoiada por evidência científica recente. SMEDSLUND, G., BERG, RC, HAMMERSTROM, KT, et al. (2011), fizeram uma revisão sistemática englobando 59 estudos com 13342 participantes e concluíram que a pessoa pode reduzir a dimensão do consumo de SPA, comparativamente com nenhuma outra intervenção. Outra revisão sistemática, feita por BARNETT et al. (2012), focalizada na eficácia da EM para o consumo de SPA entre os adolescentes e que inclui 39 estudos, dos quais 67% relataram diminuição no consumo de SPA com resultados acrescidos e estatisticamente significativos.

NYAMATHIA, NANDY K, et al. (2010), no estudo feito, concluíram que a intervenção motivacional, seja ela individual ou de grupo têm igual resultado na redução dos consumos de SPA, ressalta a vantagem da intervenção em grupo ser tão útil como a individual, acarretando ganhos na eficácia e menores custos para as equipas. Sobressaíram também o foco da intervenção de enfermagem com uma ligeira redução nos consumos de SPA.

5.5.2 As intervenções breves

Nos últimos anos a evidência científica tem vindo a demonstrar que o aconselhamento breve é o procedimento com melhor custo/efetividade, quer seja o aconselhamento regular (RUSSEL, WILSON, TAYLOR et al, 1979), quer se trate do aconselhamento pontual (BECOÑA e VÁSQUEZ, 2001). O sucesso e a consolidação da abstinência dependem fundamentalmente do grau de motivação da pessoa, do nível de dependência física e psicológica, da autoconfiança na mudança de comportamento e da disponibilidade no suporte social.

Trata-se de um estilo de conversa colaborativa semelhante à entrevista motivacional para abordagem do consumo de SPA e que facilita o reconhecimento do comportamento problemático, mas aplicada num curto espaço de tempo, variando de 5-30 minutos. (EMCDDA 2015).

É dado o feedback personalizado quanto ao seu consumo, permitindo-lhe compreender a sua em relação com a SPA. Nesta abordagem, o terapeuta ajuda a pessoa a posicionar-se numa escala de consumo, com questões sobre os aspetos negativos e positivos do consumo de SPA numa tentativa de despertar a motivação para a mudança. Ao finalizar, são acordados aspetos relativos a um plano para a mudança e um follow-up.

As intervenções breves consistem em cinco fases "5A" - pedir, aconselhar, avaliar, apoiar e organizar, podem ser utilizadas por diversos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros (BABOR et al, 2007).

SAITZ, R. (2014), fez um estudo que mostrou que esta abordagem é usada em cenários diferentes, incluindo serviços de urgência, cuidados de saúde primários e apoio aos sem-abrigo, a fim de resolver os problemas que as pessoas têm, como consequência do consumo de SPA levando-os a refletir e considerar fazer uma mudança.

Contudo e segundo TAGGART et al, (2013) e YUMA-GUERRERO et al, (2012), as intervenções breves são muitas vezes baseadas em técnicas da entrevista motivacional, mas a evidência para apoiar esta abordagem, ainda está em desenvolvimento e há necessidade de mais pesquisas.

Por exemplo em relação ao tabaco, os programas de intervenção psicoterapêutica mais eficientes e descritos na literatura, são os programas cognitivo-comportamentais multifatoriais, que incluem estratégias e modelos de intervenção motivacionais, técnicas específicas de prevenção de recaída, e técnicas específicas de reforço, punição e extinção do consumo de tabaco (ABRAMS et al, 2003).

5.5.3 Prevenção de recaída

Em concordância com a natureza predominantemente psicológica dos modelos explicativos de recaídas e as suas condicionantes, o tratamento inclui quase invariavelmente, abordagens psicossociais que visam reduzir as hipóteses de recaída e consequentemente, melhorar a eficácia das intervenções.

A técnica da prevenção de recaída (PR), incluída na TCC, tem sido amplamente utilizada no tratamento de adictos (MARLATT e GORDON, 1985). É uma abordagem projetada para ajudar as pessoas a prevenir e ultrapassar os reveses durante o processo de mudança de comportamento. A finalidade da PR é atenuar a incidência e gravidade da recaída, sobressaem dois objetivos básicos: minimizar o impacto de situações de alto risco, ampliando a consciencialização e estruturação de habilidades de enfrentamento e para limitar a disposição para a recaída através da promoção de um estilo de vida saudável e equilibrado. Segundo SHIFFMAN et al, (2005), o objetivo das estratégias centra-se na prevenção da ocorrência de recaídas iniciais, após a pessoa ter efetivado um tratamento e desenvolvido a modificação do seu comportamento e esquemas cognitivos adequados à abstenção do consumo.

5.5.4 Gestão de contingências

Com esta abordagem pretende-se proporcionar à pessoa as aptidões para alcançar um nível ótimo de funcionamento e autoeficácia, contribuindo para a redução das recaídas. Têm como alicerce o

conceito do sistema bio-psico-social e considera as interações entre vulnerabilidade, stress, enfrentamento e competência como sendo determinantes.

Uma revisão sistemática recente, concluiu que a gestão de contingências pode ser útil em manter as pessoas adictas em tratamento e ajuda-as na abstinência durante o tratamento (EMCDDA, 2015b).

Alguns autores salientam também a necessidade de incluir no tratamento, além dos itens aqui citados os programas psicoeducacionais para apoio familiar (LINKS, 1998).

6. METODOLOGIA DE PROJETO

Na opinião de CHIAVENATO (1989), o projeto é a preparação de um plano de trabalho, visando a efetivação de um conjunto de ações que subsidiem os objetivos propostos. De acordo com GUERRA, (1994), “A Metodologia de Projeto” permite produzir uma representação antecipada e finalizante da alteração da realidade, isto é, propicia a previsão de uma mudança intencional e autónoma, ligada à investigação e centraliza-se principalmente, na resolução de problemas. Trata-se portanto, de um ato autónomo, motivado e autêntico, que permite prever, nortear e preparar todo o percurso que será feito ao longo da realização do mesmo. Para tanto, torna-se necessário contextualizar a problemática que concorreu para o agravamento da realidade a ser trabalhada.

Na fase inicial é necessário dissecar o problema sobre o qual se aspira atuar, com uma intervenção solidamente fundamentada em técnicas e procedimentos e ser planeada, considerando os fatores existentes que podem impedir ou facilitar a intervenção desejada. No entanto, deve ter plasticidade essencial para se poder adaptar às necessidades e dificuldades encontradas ao longo do percurso da intervenção, pois pretende-se o envolvimento de todos. Podemos definir que a metodologia de projeto como uma procura organizada de respostas a um conjunto de questões em torno de um problema ou tema relevante do ponto de vista profissional, social, individual ou coletivo, o qual pode ser trabalhado dentro e fora da sala de aula com recurso ao trabalho cooperativo entre os estudantes, professores, orientadores e membros da comunidade profissional. Concomitantemente permite a aquisição de competências e capacidades através da elaboração e efetivação do projeto numa situação real. Esta metodologia considera os alunos pessoas inquietas que podem refletir sobre diferentes temáticas e desenvolver estratégias de solução para enfrentar situações-problema de certa complexidade, pondo fim à conceção didática anterior, que tal como evidenciou PAULO FREIRE (1973), fazer com que o ensino acabe com a ideia de que os estudantes são, meros recipientes passivos da informação que lhes é transmitida. PAULO FREIRE (1996) na sua obra “Pedagogia da autonomia” refere que nos saberes necessários à prática educativa, o “ensinar” não

se restringe apenas a transferir conhecimentos, mas na criação de oportunidades para a sua própria produção ou a sua construção.

Na autoformação a pessoa constrói o seu próprio saber, o seu processo de aprendizagem, desenvolve-se projetando-se no futuro, LEITE et al (1989). Segundo a mesma autora, as pessoas tornam-se mais atentas, críticas, confiantes e exigentes em relação a si, aos outros e mais capazes de intervir socialmente na realidade envolvente.

Atualmente e de acordo com as exigências cada vez maiores das sociedades, o trabalho por projetos surge como um método necessário e indispensável de ensino orientado no trabalho e na ação dos estudantes, ao afirmar-se como um plano de trabalho metódico e organizado, que deve materializar-se num conjunto de atividades, meios e estratégias.

Um projeto surge de uma ideia que nasce, ao mesmo tempo, na cabeça e no coração de quem a pensa e que segundo ALVES (2004), o projeto não alude só a uma boa ideia, ele prevê uma componente prática o que possibilita estabelecer a ponte entre a teoria e a prática e a oportunidade para atingir metas previamente objetivadas.

Constitui-se assim, como recurso de mudança, uma vez que visa alterar, num determinado contexto, situações reais e resolver problemas que serão o ponto de partida da metodologia de projeto, as etapas seguintes serão uma tentativa de os solucionar ou, pelo menos, mitigar.

6.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Tendo como tema a promoção da “Motivação para o Tratamento na UD”, ponderámos antecipadamente as dificuldades sentidas e a sentir. Contudo, acreditamos que a nossa motivação pessoal ajudar-nos-á a conseguir o envolvimento de todos, apesar da incerteza e da complexidade que o problema envolve.

Na fase de diagnóstico de situação, identificámos necessidades, definimos objetivos, recolhemos informações de natureza objetiva e qualitativa e elaborámos estratégias de intervenção de enfermagem adequadas às necessidades detetadas, que tivessem coerência entre o enquadramento teórico, o conhecimento teórico curricular aprendido e a aprofundar, relacionando-os com o levantamento das necessidades, com a seleção dos recursos existentes e planeando as melhores estratégias a implementar.

O enfermeiro tem no planeamento dos cuidados, um dos instrumentos básicos de desempenho, cujo processo determina de forma consciente o modo de atuação e proporciona a tomada de decisões com base em objetivos.

Análise SWOT

Nesta etapa da Metodologia de Projeto que contempla a deteção de necessidades, optámos por aplicar uma análise SWOT, baseada nos conhecimentos adquiridos na Unidade Temática de Economia e Políticas de Saúde.

A Análise S.W.O.T. é uma ferramenta estrutural da administração, usada na análise do ambiente interno e externo, para o diagnóstico estratégico e com a finalidade de formulação de estratégias na organização (IAPMEI).

Nesta análise identificámos as Forças e Fraquezas da UD, que foram avaliadas pela observação da situação atual da organização, considerando o ambiente interno que é da responsabilidade dos enfermeiros da mesma, pois resulta de estratégias de atuação concebidas por esta equipa e que ao identificar um ponto fraco, deve agir a fim de controlá-lo ou reduzir seu efeito.

As oportunidades e ameaças são previsões futuristas e estão intimamente ligadas a fatores externos. O ambiente externo está fora da influência da organização. Portanto, pode-se não ter o controlo, mas a monitorização deve ser realizada procurando avaliar as oportunidades de modo mais eficiente e sempre que for possível, evitar ao máximo as ameaças.

Esse tipo de medida é de fundamental importância para se iniciar um projeto e principalmente, para implementar ações estratégicas em momentos de incerteza, porque permite conhecer e fornece uma orientação estratégica no planeamento, além de situar a organização dentro do seu real contexto. Foi com esse intuito que a realizámos e consta em apêndice (Apêndice II). Pretendemos ir alterando, conforme as etapas do projeto e com o objetivo de clarificar o caminho a ser seguido e o que deve ser feito.

De acordo com as informações apresentadas e relacionando fatores externos e internos da abordagem da temática “Motivação para o tratamento na UD”, a análise SWOT que apresentamos, revela a importância da implementação de intervenções de enfermagem, no que concerne à motivação para o tratamento das pessoas adictas internadas na UD.

Reunião recaída

Na sequência da reunião com as pessoas internadas na UD, sobre o tema “Prevenção da recaída”, decidimos aproveitar a informação recolhida na mesma, com o objetivo de colher subsídios que nos permitissem ter uma visão mais incisiva sobre o tema versado e a perceção das pessoas participantes na mesma, pretendendo identificar os fatores que facilitam ou dificultam o processo de reconstrução da autonomia da pessoa adicta, na adesão ao tratamento e após o internamento.

O grupo era composto por 4 homens e 2 mulheres, com idades compreendidas entre os 33 e os 52 anos. Perante as questões colocadas e respondidas por escrito, pretendíamos auscultar a sua

opinião sobre fatores facilitadores da recaída, os seus padrões de resposta, recursos utilizados perante a situação e avaliar o seu conhecimento dos recursos de enfermagem disponíveis.

Que problemas aconteceram na sua vida que o levaram à recaída?

Com esta questão pretendia-se perceber se os fatores facilitadores para a recaída referidos por MARLATT e GORDON, (1993), eram referidos pelos participantes, o que aconteceu com as respostas dadas.

- Os participantes citaram, problemas intrapessoais (Vazio; Imaturidade; Morte de familiares; Não ter seguido sugestões).
- Problemas interpessoais (Desemprego; Problemas familiares).
- Pressão social/Situações de risco (Sítios frequentados; Não afastamento das pessoas consumidoras).

O que fez nas situações de recaída?

Com a questão queríamos avaliar os seus padrões de resposta (RIGOTTO et al.2002).

- Na insuficiência de papel, referiram (Continuação dos consumos; Acreditar que a idade influencia tomada de decisão para paragem nos consumos);
- Procura de ajuda (Recurso à sua terapeuta de referência); Gestão de emoções e sentimentos (Motivação extrínseca-salienta o facto de ter feito tratamentos “obrigado”);
- Isolamento social (Abandono do trabalho e isolamento).

Com as experiências que teve, o que faria hoje para evitar essa situação de recaída?

Com a questão, pretendia-se perceber os seus recursos e as aprendizagens adquiridas com a recaída (ROSA, 1998).

- Maioritariamente referiram o ambiente, como situação de risco (Companhias; locais de consumo; importância da atividade laboral como fator protetor);
- Procura de ajuda (Recurso à sua terapeuta de referência).

O que acha que podemos fazer para o ajudar?

Com esta questão desejava-se avaliar o conhecimento sobre os recursos de enfermagem disponíveis, na suplementação papel (MELEIS et al 2000).

- Referem com frequência a ajuda para ultrapassar a abstinência física (Descontinuação de Metadona; disponibilidade dos técnicos; alívio na sintomatologia de abstinência física),
- Desvalorização do papel do enfermeiro (Noção de autossuficiência); Suplementação no papel social (Emprego).

Ressalta a necessidade das pessoas na suplementação de papel, em consequência da sua insuficiência de papel. Apercebe-se a necessidade do reforço na adesão ao tratamento e da motivação para o mesmo. É notória a deficiente informação sobre o papel de ajuda da equipa de enfermagem, situando-a só no aspeto físico.

SOCRATES 8D

Para a avaliação da motivação para o tratamento da pessoa adicta internada na UD e após consulta da literatura sobre a temática decidimos, de acordo com a orientadora e professor, a aplicação do questionário Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, SOCRATES 8D, que se encontra em anexo (Anexo I), a 10 pessoas internadas na UD.

Os instrumentos que medem os estágios de mudança e a motivação, têm mostrado a sua utilidade na identificação das diferentes variáveis que podem interferir nos estágios de mudança e desta forma, podem servir como orientação para o profissional de saúde intervir, (MILLER, 1983).

O instrumento aplicado foi o questionário Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, SOCRATES 8D (JANEIRO, 2008), é um instrumento autoadministrado composto por 17 itens, sendo as alternativas de resposta do tipo Likert. Tem como duração média 5 a 10 minutos

Criado em 1987 por MILLER e TONOGAM, a primeira versão da Escala SOCRATES foi pensada inicialmente para avaliar os estágios de motivação segundo o modelo transteórico de PROCHASKA e Di CLEMENTE. Em 1996, e depois de vários estudos, os autores concluíram que este instrumento não identificava estádios de mudança mas poderia avaliar a motivação para a mudança através do cruzamento destes 3 fatores: *Reconhecimento do problema*- indica o grau consciencialização do problemática do consumo de SPA, se a pessoa prevê que a situação se agrave se nada fizer; demonstra tendência em expressar o desejo de mudança;

Ação- avalia se a pessoa está a fazer algo para mudar em relação aos consumos e se poderá ter realizado algumas tarefas com sucesso a esse nível, sendo uma pontuação elevada predictora de mudança;

Ambivalência- indica se a pessoa se questiona ou não acerca da sua capacidade de controlar o consumo, acerca da quantidade e dependência, e do impacto do consumo sobre as outras pessoas. Ambivalência elevada pode indicar abertura à reflexão, própria do estadio de contemplação. A ambivalência baixa pode significar que a pessoa sabe que o seu consumo é problemático (“reconhecimento do problema” elevado), ou porque acha que não tem um problema (“reconhecimento do problema” baixo). Assim a pontuação obtida no parâmetro “ambivalência” deve ser interpretada em função da obtida no “reconhecimento do problema”. Estudos demonstraram que SOCRATES apresentou bons resultados quando o objetivo foi identificar os estádios de mudança em diferentes comportamentos, principalmente na área da adição e têm justificado a sua aplicação. Destacamos, a escala Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES 8D), por ter sido validada para a população portuguesa por JANEIRO (2008) e por apresentar alta confiabilidade e boa consistência interna.

Por 2 delas terem abandonado o serviço, decidimos atingir o número inicialmente acordado, com o recurso a mais 2 pessoas. Em apêndice (Apêndice III), consta o quadro relativo aos dados obtidos. Assim, foram explicados à pessoa internada, o objetivo, a natureza, o tempo do estudo e o método segundo o qual iria ser conduzido e foi pedida a sua colaboração. Foi igualmente reforçado que o direito à confidencialidade seria respeitado e que tinha a liberdade de, em qualquer altura, se retirar do processo e que essa decisão não teria qualquer consequência para o seu tratamento. Foi assinado o Termo de consentimento livre e informado que consta do apêndice (Apêndice IV). Após estas informações e todas as dúvidas terem sido esclarecidas, foi oferecida ajuda para preenchimento do questionário. O ambiente calmo e reservado foi respeitado.

Os critérios para participação foram:

Estarem no 2º dia de internamento, para evitar possíveis interferências resultantes de consumos recentes;

Terem tido uma recaída;

Disponibilidade para a participação;

Não apresentar patologia psiquiátrica dominante, sobre o comportamento aditivo.

Todos os pedidos foram prontamente aceites para colaborar neste trabalho e para nossa surpresa de forma entusiasmada.

Dos resultados sobressai:

- A ambivalência teve cotações altas, oscilando entre muito baixa e muito alta (5- 20), sendo que 40% tinham ambivalência muito alta, 50% tinham ambivalência média e 10% tiveram valores na ambivalência cotados como baixa.
- Dos participantes: 40% estavam no estágio Pré-contemplação; 20% no estágio de Contemplação; 20% no estágio Ação; 20% no estágio de Manutenção.

Constatámos que a ambivalência era elevada durante o internamento, tal como ROLLNICK, S. et al (1993), salientam que a ambivalência quanto à mudança de comportamento é difícil, dados os prós e contras do conflito pessoal em causa.

A incidência da motivação nos estádios iniciais do processo de mudança era elevada. Assim e de acordo com os resultados, concordamos com PROCHASKA, Di CLEMENTE (1982) que referem que avaliar a motivação para mudança, parece ser um aspeto importante para a utilização de intervenções adequadas para pessoas adictas. Estudos no âmbito da temática, (BUCHER, FARES, PELEGRINE, MENEZES e CARMO, 1995; HEATHER, 1996; MARLATT e GEORGE, 1984; SANNIBALE, 1990), constataram que a adesão aos programas de tratamento e aos procedimentos terapêuticos depende, da motivação para mudança e de condições estruturais de apoio. Percebe-se a necessidade de avaliar os estágios motivacionais e proporcionar um tratamento ajustado às necessidades da pessoa com intervenções de enfermagem adequadas, tendo como meta a

motivação para mudança e constatando que são caminhos essenciais para que o profissional que trabalha com adictos possa alcançar resultados consistentes. Tal como SCHUMACHER, JONES, MELEIS (1999) referem, a transição é uma fase entre dois períodos estáveis, a pessoa desloca-se de uma fase para outra e ocorrem ao longo do tempo, com um sentido de fluxo e movimento. Demonstra-se assim a necessidade de uma intervenção do enfermeiro na UD, planeada e que esteja de acordo com a necessidade em cada situação.

Entrevistas Enfermeiros

Para apreender a forma como podem os enfermeiros ser facilitadores do processo de transição saúde-doença, interessava auscultar a sua opinião sobre a motivação das pessoas adictas internadas na UD e compreender as estratégias usadas pelo grupo profissional. Para responder à questão “Como podem os enfermeiros ser facilitadores do processo de transição saúde-doença da pessoa adicta internada na UD?” e em concordância com a posição tomada por teóricas de enfermagem como MELEIS (2007) e WATSON (1988), que se referem à necessidade das pessoas serem cuidadas, ultrapassando os modelos baseados nas necessidades, que compartimentam as pessoas em vez de as pensar na totalidade e num determinado contexto, decidimos auscultar a opinião dos enfermeiros.

Para concretizar o pretendido, fizemos uma seleção aleatória, tendo participado 4 enfermeiros. Os restantes elementos da equipa foram excluídos, 3 por estarem direta ou indiretamente ligados ao trabalho em questão e 3 por estarem ausentes do serviço. Após hesitações e manifesto constrangimento decidiram participar.

Foram informados do objetivo das entrevistas e respeitados os mesmos princípios utilizados para as pessoas internadas, tendo assinado o termo de consentimento livre e informado, que consta em apêndice (Apêndice V), bem como a autorização para que a entrevista fosse gravada.

Feita a análise das entrevistas e com base na Teoria das Transições, considerámos a motivação como mudança e como foco de atenção do enfermeiro, no âmbito da insuficiência de papel da pessoa adicta e as estratégias de enfermagem usadas como uma intervenção de enfermagem com necessidade de suplementação de papel (MELEIS et al, 2000). Segundo a mesma autora, os motivos que devem acompanhar as estratégias do cuidado de enfermagem à pessoa em transição, inserem-se na compreensão da transição, partindo da perspetiva de quem a vivencia e a identificação das necessidades para o cuidado com a sua intervenção.

As questões colocadas foram as seguintes:

Questão 1- Da sua experiência, como percebe o grau de motivação para o tratamento, das pessoas adictas internadas na UD?

- Constatámos que genericamente os enfermeiros entendiam a motivação como foco de atenção da enfermagem, no processo de mudança necessário ao tratamento. E2 (...Quando nós temos alguns utentes com experiências repetidas deste tipo de tratamento, aí sim, a motivação já tem outro grau!); Tinham a perceção da insuficiência de papel da pessoa adicta internada. E2 (...eu acho, que cada vez menos eles estão motivados para este tipo de tratamento, no geral); Referiram maioritariamente a interação enfermeiro-cliente, apontando o padrão comportamento, emoções e bem-estar, como padrões de resposta. E1 (...E por aí nós... Eu identifico um grau de motivação para o tratamento. Para mim esse é um modo de perceber, é importante.); E2 (...Em termos de comportamento e em termos de realmente quererem parar os consumos!); E3 (...O grau de motivação também se revela mediante o comportamento que o utente tem aqui na unidade... muitas vezes a motivação nós conseguimos observar através do comportamento...). Centralizavam-se nos padrões de comportamento explícitos e implícitos, nas condições pessoais inibidoras e nos padrões de resposta e mais concretamente, nos indicadores de processo. E4 (...Ele não está motivado, o homem está com vontade de ir consumir, não é? A chantagem que está a fazer sobre nós...); E3 (...Muitas vezes através das conversas e da relação que nós estabelecemos com o utente.) Um dos aspetos referidos por todos é a importância atribuída à estruturação dos projetos terapêuticos. E1 (...O cumprimento dos objetivos estabelecidos entre o doente e o terapeuta.); E2 (...cada vez estão mais mal preparados para este tratamento.); E3 (...Se é um projeto dele ou se um projeto da família ou do terapeuta e que vai ditar muito a motivação que ele vai trazer); E4 (...Se o internamento for bem preparado, não for feito à pressa... julgo que haverá mais motivação); Referiram a importância do ambiente. E4 (...As conversas sobre consumo... Da parte negativa); E4 (...Como uma falta de motivação para o tratamento... aquela cabecinha está a trabalhar...); E3 (... depende também do estado do grupo aí vai alterar muito também a motivação: positiva ou negativa! Nós podemos ter aí uma voz ativa nomeadamente o conversarmos com o utente sobre os seus objetivos, sobre o objetivo maior que é parar os consumos. E daí conseguir com ele e ele ter uma autocritica da mudança de comportamentos); Foi também referida a necessidade do envolvimento da família, como necessidade. E1 (...é uma relação através da linha telefónica e a relação que eles nos dizem da família. Nós com a família temos pouco contacto direto, cara à cara. Portanto, aí seria importante se pudéssemos incluir a família também no tratamento); Um dos elementos pôs a hipótese de um modelo diferente de tratamento. E2 (...explorar outras hipóteses e outras alternativas de tratamento que haja! Tentar que eles percebam se este é ou não o tipo de tratamento mais adequado para eles).

Não referiram explicitamente o termo “transição”, contudo os enfermeiros percecionam a motivação como mudança, focando o aspeto de evolução oscilante e inscrevendo-se no conceito de transição referido por Meleis.

Questão 2- Quais as estratégias que utiliza na promoção da motivação para o tratamento das pessoas adictas internadas na UD?

- Maioritariamente é referida a relação de ajuda, como técnica de suporte às estratégias utilizadas pelos enfermeiros. E1 (...um relacionamento para com eles simpático, afável, compreensivo...); E2 (...Ouvi-los! Sobretudo ouvi-los! Que eu acho que é primordial ouvi-los, ouvir o que eles têm para dizer.); E3 (...através das conversas e da relação que nós estabelecemos com o utente aí acho que a relação de ajuda e a escuta ativa, a assertividade.);
- A comunicação é um dos aspetos relatados com frequência. E2 (...falar com os utentes, dar-lhes atenção, ouvi-los...); E4 (...Todos aqueles sinais do...); É referida a noção da adição com doença crónica. E1 (...compreender, também... compreender a problemática que está associada); E2 (...São doentes para o resto da vida e que como todas as doenças que são crónicas têm altos e baixos e eles têm que encarar isso como um fator natural.);
- É referida a prevenção da recaída. E2 (...Falar com eles sobre o que eles devem, aprendem de certeza, com as recaídas. E o facto de ser um primeiro, um segundo ou terceiro internamento, eles com certeza que aprendem com o que já fizeram, muitas das vezes não dão valor, o devido valor ao que já aprenderam e não valorizam isso.);
- A comorbilidade foi igualmente referida. E1 (...porque eles têm problemas não só de ordem psicológica, mas também físicos.). E4 (...A ansiedade, a ansiedade é um ... Pode não ser, mas não sei se a ansiedade é ou não...); Referem também a necessidade da mudança de comportamentos E3 (...também muitas vezes em relação à consciencialização e de mudança de comportamento que o utente quer ter... e ... para atingir o seu projeto e o seu objetivo que é a paragem dos consumos e não voltar a recair); E2 (...Nota-se que eles querem parar os consumos, é evidente...);
- A confrontação é igualmente referida, como recurso. E2 (...pegar naquilo que eles estão a dizer, confrontá-los um bocado, com aquilo que eles estão a dizer e aquilo que estão a fazer.);
- Foi referida a ambivalência e craving. E4 (...Está motivado e está com um craving muito grande, ou uma grande ambivalência);
- O estatuto socioeconómico foi referido como importante para o prognóstico da situação, podendo ser inscrito no contexto da transição organizacional. E2 (...ficarem afastados, o mais tempo possível, do meio social em que estão inseridos. Em que medida é que o meio

social onde eles estão inseridos, meio social e familiar onde estão inseridos os pode ou não precipitar para uma recaída?). E4 (...Não tem grandes perspectivas de vida, se está desmotivado, ou em casa... se há problemas com a família. Ele pode até ter familiares que consomem, ou é desempregado.);

- É salientado o aspeto do ambiente e é reforçada a influência do grupo na pessoa, referindo-se ao ambiente terapêutico. E3 (...Muitas vezes é eficaz grupalmente, em grupo, porque muitas vezes como eles não estão influenciáveis uns aos outros é vantajoso. Outras vezes é mais vantajoso individualmente. Nós depois mediante a situação avaliamos e temos que agir em conformidade.). E3 (Tem influência grande em termos do grupo. Muitas vezes o grupo influencia um projeto individual, e muitas vezes pode influenciar positiva ou negativamente dependendo do grupo...); E1 (...Depois é ter um ambiente alegre.);

Transição implica mudança segundo SCHOLSSBERG (1982). Baseado neste conceito, o internamento para desabilitação pode ser considerado como transição que exige mudanças nos papéis, nos hábitos, nas relações interpessoais e na forma como a pessoa se percebe e percebe o seu mundo. A adaptação processa-se num clima de influência recíproca entre o meio e o indivíduo, neste caso entre a instituição, os enfermeiros e a pessoa adicta que ingressou para o tratamento da sua dependência física.

Na enfermagem há um processo interpessoal em que a enfermeira ajuda a pessoa, família ou comunidade na suplementação de papel na transição, dada a insuficiência de papel demonstrada pela pessoa adicta (MELEIS, 2000). Tal também é percebido desta forma pelos enfermeiros. O enfermeiro, para ser capaz de prestar ajuda adequada às necessidades da pessoa, deve ser capaz de utilizar a sua percepção no desenvolvimento do processo comunicacional.

A prevenção da recaída é abordada no discurso, mas não é perceptível a probabilidade da ocorrência de um lapso o que poderia facilitar a transição para a abstinência. No discurso é abordada a aprendizagem adquirida com as recaídas anteriores, mas MARLATT (1993), associa os aspetos cognitivo-comportamentais no treino das habilidades como estratégias de recurso nas situações de risco, além de promover amplas modificações no estilo de vida do sujeito. Segundo RANGÉ e MARLATT (2008), o desenvolvimento das habilidades, para o adicto encarar as situações de risco, envolve habilidades sociais básicas, comportamentos assertivos e habilidades de confronto, que incluem a capacidade para identificar situações de risco, lidar com emoções e fazer reestruturações cognitivas.

A comorbidade referida pelos enfermeiros vem descrita na literatura, considerando como alta a prevalência de comorbidade psiquiátrica entre a população de dependentes de SPA e referem que as pessoas têm maior dificuldade no processo de reabilitação. (CALHEIROS et al, 2006).

No discurso dos enfermeiros é perceptível a noção de transição, assente nos conceitos de MELEIS (2000) e admitem que, para quem a vivência, como uma situação perante a qual é necessário a pessoa mobilizar recursos internos, de modo a alcançar o ajustamento necessário. Salientam o facto da não mobilização dos recursos de forma adequada, a implicação no processo de transição, dificultando-a e que resulta muitas vezes no abandono do seu projeto terapêutico.

Paralelamente, os adictos, quando procuram tratamento, comumente fazem-no com conflitos, com a chamada motivação flutuante (ROLLNICK *et al*, 1993), mas no discurso dos enfermeiros, transparece a motivação como um facto estático, de “têm ou não têm motivação”. Ao invés, da possibilidade de entenderem a motivação como inerente à adesão ao tratamento e poder ser encarada com a probabilidade de certos comportamentos ocorrerem, no decurso do mesmo. Nessa perspetiva, a motivação torna-se um objetivo do terapeuta que deve, não só orientar, mas também motivar a pessoa, aumentando a probabilidade de seguir uma linha de ação que possa gerar mudança como refere MILLER e ROLLNICK (1991).

O confronto utilizado pelos enfermeiros, não está de acordo com o referido por MILLER *et al*, (1991). Estes autores defendem que se deve evitar confrontos, procurando estimular mudanças compatíveis com o estágio de motivação da pessoa e MELEIS *et al*, (2000) referem a consciencialização, na perceção e reconhecimento que a pessoa apresenta face à sua transição.

As transições são acompanhadas por emoções contraditórias, muitas das quais são consequência das dificuldades sentidas durante a transição. Além do aspeto emocional, os participantes, atendem ao desconforto físico que acompanha uma transição e que pode interferir na passagem bem-sucedida. No entanto, apesar de parecem entendê-la e identificar os fatores que indicam a transição, não a consideram como comum na circunstância, não intervindo de forma a antecipar o evento, preparando a pessoa para mover-se dentro da mudança e considerando a probabilidade de ocorrerem transições múltiplas e em simultâneo, ponderando que as situações de crise irão gerar respostas positivas e negativas. (MELEIS *et al*, 2000).

A teórica refere a importância da vulnerabilidade associada aos processos de transição, relacionando-se com as experiências de transição, interações e as condições do ambiente que expõe os indivíduos a potenciais perigos. Na prática os enfermeiros dão especial atenção a este fator. MELEIS *et al*. (2000) consideram também que as crenças culturais e as atitudes podem exercer uma influência facilitadora ou inibidora na transição. Vários fatores foram apontados pelos participantes, como facilitadores ou inibidores desta adaptação. Além dos de carácter pessoal como o nível de ansiedade face a mudanças, deram especial importância aos fatores sociais como fonte de inibidora na transição.

A identificação da(s) transição(s) é sem dúvida o ponto fulcral, já que a pessoa terá que ser ajudada a perceber os acontecimentos subjacentes à mudança. Identificar o tipo, o modo e o impacto das mudanças são aspetos fundamentais para a identificação da mesma.

No discurso dos enfermeiros percebe-se que cada elemento tem as suas estratégias, contudo, OLIVEIRA, (1998) refere que “Se se pretende e intenciona que o paciente se motive a exteriorizar os seus sentimentos, afetos, angústias (...) é essencial que a equipa profissional se firme com uma presença constante, coerente, tenha disponibilidade e mantenha uma continuidade no seu plano de intervenção”. Segundo a autora, está implícita a elaboração de um plano de intervenção sólido, uniforme e contínuo para realmente se atingir esta expressão de sentimentos e emoções. As intervenções de enfermagem referidas pelos participantes são eminentemente terapêuticas e de acordo com as circunstâncias, mas não preventivas, com a antecipação das necessidades de suplementação de papéis inscritas na problemática e de modo a propiciar transições saudáveis. Também não é referida como necessidade percebida, qualquer intervenção psicossocial estruturada e inscrita na rotina do serviço, que aborde a psicoeducação e que integre intervenções psicoterapêuticas que promovam a sua autonomia e facilitem a adaptação aos processos de transição num contínuo saúde / doença, com o objetivo de conduzir a uma transição saudável como se pressupõe na teoria de MELEIS *et al*, (2000).

Reflexão sobre os Resultados

Para PATRICIO (1991), “a droga é toda a substância que tem capacidade de alterar o estado de consciência, mais do que a substância, é a atitude da pessoa face à substância que gera a toxicodependência. É uma atitude de fixação, de “paixão” pela(s) substância(s)...”. Segundo OLIEVENSTEIN (1987), a adição resume-se na seguinte equação: o encontro de um produto com uma personalidade e num momento sociocultural. O adicto considera-se capaz de controlar a situação em que se encontra, como se fosse onipotente e capaz de controlar os consumos, no entanto nem sempre consegue (PATRICIO, 2002).

Os autores HUNT e MARTIN (1988), citados por BENNETT e MURPHY (1999:59), “sugerem que o primeiro objetivo de qualquer tentativa de modificação do comportamento deve passar pela quebra da rotina dos comportamentos já estabelecidos”. TEJERO *et al.* (1997) com base no modelo Transteórico de PROCHASK e Di CLEMENTE (1984) identificaram várias fases de mudança e os tipos de intervenções específicas que funcionam melhor dentro de cada uma delas, quando as pessoas estão num processo de mudança de comportamentos de saúde e se esforçam por superar a adição. Quando um adicto não parece estar suficientemente motivado, é necessário averiguar em que fase do processo de motivação se encontra. Muitas vezes pode-se pensar que a pessoa não quer tratar, mas segundo este modelo poderá significar que poderá estar numa fase temporária e

previsível. Por exemplo na etapa da pré-contemplação a pessoa tem uma atitude em que não consegue apreender o seu comportamento como um problema a resolver. Não investe no esforço a pensar sobre isso, ou a esforçar-se por mudar. (TEJERO *et al*, 1997, citado por STUART e LARAIA 2002).

Os resultados obtidos com a aplicação do SÓCRATES 8D, neste grupo de pessoas internadas, permitem inferir que maioritariamente estavam nos estágios iniciais da motivação, o que está de acordo com o percecionado pelos enfermeiros.

NETO (1990:135) alerta no entanto que “não se pode esperar também uma vontade *pura* de tratamento, isto é, não seja afetada pela hesitação, desnorreamento e pelos *acting-outs* habituais dos toxicómanos.”

A transição para a mudança de comportamentos afigura-se como um desafio, para quem a vivência, pessoas adictas ou técnicos e face à qual é necessário mobilizar recursos técnicos e pessoais, de modo a alcançar um ajustamento satisfatório entre o indivíduo e a situação. Contudo e apesar de haver referência na literatura aos elevados níveis de ambivalência e que está de acordo com os resultados obtidos, não existem intervenções da equipa de enfermagem, pensadas e executadas de forma integrada no tratamento na UD.

STUART e LARAIA (2002:294) são da opinião que “A enfermeira deve estar ciente de que os indivíduos que apresentam problemas de uso abusivo de substâncias também tendem a desenvolver múltiplos problemas físicos, principalmente quando o problema do uso abusivo da substância for grave. O plano completo de cuidados de enfermagem incluiria o diagnóstico de todas as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente.” As mesmas autoras alertam ainda que “A abstinência a partir da dependência de álcool ou substâncias pode resultar em sintomas físicos com risco de vida. A enfermeira deve estar familiarizada com os sintomas da abstinência e fornecer as intervenções de suporte apropriadas.”

Quando a pessoa adicta não mobiliza os recursos adequadamente, a transição torna-se difícil e resulta muitas vezes no abandono do tratamento, em 2011 cerca de 17% e no ano de 2013 cerca 30,1% (altas não clínicas, altas disciplinares, altas a pedido da pessoa internada). A situação tem-se traduzido como preocupante, na realidade da nossa instituição.

Se a transição implica mudança, e segundo SCHOLSSBERG (1995) a mudança de comportamentos é uma transição que exige modificações nos papéis, nas rotinas, nas relações interpessoais e na forma como as pessoas se percecionam e percecionam o mundo. Parece-nos que é chegado o momento de intervir, não só com os que nos procuram e que à partida acreditam em nós, mas também nos que são procurados.

A adaptação processa-se num clima de influência recíproca entre o meio e o indivíduo, neste caso entre a instituição, os técnicos e a pessoa adicta. O grande objetivo é dar a oportunidade aos

envolvidos, de lidar com a transição de um modo mais positivo e adaptativo, evitando o aparecimento de perturbações e mal-estar para ambas as partes. Para tal, três elementos são fundamentais: identificação da transição; fatores determinantes das respostas às transições; promoção ou reforço dos recursos individuais de todos. MELEIS *et al.* (2001) referem que um dos resultados da vivência de uma transição é a “reformulação da identidade”, se calhar chegou o momento de o fazer...

Quando as pessoas adictas procuram os serviços de apoio (como a UD), precisam de acreditar que vão ter resultados positivos com a nossa intervenção, pois se tal não acontecer, dificilmente mudarão o seu comportamento aditivo. Tal como refere BENNET e MURPHY (1999:45), “foi demonstrado que as crenças de ação-resultado e de eficácia são moderadores importantes de vários comportamentos relacionados com a saúde, entre eles resistir à pressão dos pares para fumar ou usar drogas.” Os autores citando ainda SCHUWARZER (1994), sugerem ainda que as crenças no resultado e na eficácia são “determinantes principais de muitos comportamentos relacionados com a saúde”.

Segundo BENNET e MURPHY (1999), é possível facilitar mudanças individuais de estilo de vida, através de educação para a saúde, através de uma modificação das perceções individuais e fornecedoras de aptidões comportamentais necessárias à alteração do comportamento relativo à saúde. Os autores supra nomeados, citando TONES (1990), alertam ainda que nem todos os problemas de saúde são resolvidos com alteração das políticas sociais, há que fornecer ao indivíduo compreensão pessoal, capacidade técnica e apoio adequado e especializado. O enfermeiro deverá elaborar um processo de enfermagem que melhor se adapte ao indivíduo e ter em conta as resistências e frustrações em relação aos objetivos pré-definidos. Deverá ajudar a pessoa a reencontrar a sua autonomia e a promover mudanças.

BENNET e MURPHY (1999) referem ainda que “as intervenções individualizadas obtêm vantagem de várias maneiras”. Permite reconhecer a perceção que a pessoa tem, promove a transmissão da informação apropriada ao seu nível de conhecimentos. Possibilita dirigir a intervenção para os assuntos que interessam diretamente à pessoa e concomitantemente permite identificar e abordar as resistências à mudança. Este tipo de abordagem pode facilitar a ajuda imediata e útil para superar os obstáculos à mudança, com o treino das competências necessárias e ajuda ao longo do processo. Segundo os mesmos autores, é invulgar que as pessoas considerem mudanças significativas no seu estilo de vida, apesar dos possíveis benefícios que advém da sua mudança comportamental, analisam essa oportunidade de pontos de vista diferentes, apesar do conhecimento do risco para a saúde provocado por qualquer comportamento desajustado e só motiva uma percentagem de pessoas a efetuar as mudanças adequadas.

Concordamos com a posição tomada por académicas como MELEIS (2007) e WATSON (1988) que mencionam a necessidade das pessoas serem cuidadas, ultrapassando os modelos baseados nas necessidades, que compartimentam as pessoas em vez de as considerar na globalidade e num contexto determinado. As necessidades são dependentes do contexto e são diferentes umas das outras, espera-se que a enfermeira distinga as necessidades de cada um, relevantes no seu contexto espacial e temporal (HOLMES e WARELOW, 1997).

É notória a necessidade de atitudes promotoras da transição e o esforço para a identificação das necessidades das pessoas, no momento presente a que se referem.

Na verdade, e parafraseando MELEIS *et al.* (2000), quando ocorrem situações de transição, os enfermeiros são os cuidadores principais do cliente/família por estarem atentos às necessidades e mudanças que as mesmas acarretam nas suas vidas e os preparem para melhor lidarem com essas transições através da aprendizagem e aquisição de novas competências.

Segundo Ernestina, citado por SEQUEIRA (2006;19) “a toxicodependência é um fenómeno social complexo e multifacetado, apresentando uma cadeia de dificuldades, quase sempre associadas e simultâneas: familiares, profissionais, socioeconómicas e de saúde”. De acordo ainda com esta autora, a prática do enfermeiro na área da toxicodependência “Focaliza as relações, o domínio mais afetado na pessoa toxicodependente – relações consigo próprio (valores, funções, sentimentos, percepção, cognições, corpo autoimagem, autoconceito, autoestima), com os outros, com o produto, com o tempo, com o sentido da vida.”. Ou seja, inscrevem-se nos aspetos fundamentais para os requisitos e competências pessoais que caracterizam o *empowerment*, referidos por SCRIVEN e STIDDARD (2003) e a saber: Aquisição de competências (pensamento crítico e crítica tomada de decisão); Autoconfiança e competências interpessoais (conhecimento cognitivo, abrangendo a compreensão sobre a informação relacionada com saúde e acréscimo na consciência crítica; Percepção psicológica (envolvendo autoestima, auto eficiência e percepção de controlo).

A ação do enfermeiro, na prevenção, tratamento e reinserção social do adicto requer competências profissionais específicas pelo que se justifica plenamente a realização do presente estágio e consequente relatório. De acordo com OE (2007), as competências profissionais dos enfermeiros especialistas, assentam na diferenciação das competências inerentes aos enfermeiros generalistas (enfermeiro e enfermeiro graduado), num domínio específico de enfermagem, e implica que os enfermeiros façam um aprofundamento dos conhecimentos, capacidades e habilidades de forma a “mobilizarem em contexto de prática clínica e que lhes permite garantir níveis diferenciados de intervenção”.

Deste modo e segundo a proposta apresentada pelo Conselho Diretivo Nacional da OE, em Fevereiro de 2007, “enfermeiro especialista é aquele que aplica níveis superiores de julgamento e discernimento na tomada de decisão, assume o papel de prestador de cuidados diferenciados mas

também de supervisor e consultor para os colegas e outros elementos da equipa de saúde.”OE (2007). No mesmo documento da OE é referido que o enfermeiro com o título de especialista: “é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado.”

De acordo com a OE (2007)., as competências dos enfermeiros especialistas são classificadas em comuns, específicas e acrescidas. As competências comuns devem fazer parte de todos os enfermeiros especialistas, independentemente da especialidade, e serão “demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.”

Em termos formativos a OE (2007), contempla que a formação especializada inclua conhecimentos teóricos e práticos através de um percurso específico efetuado na prática clínica, “orientada e supervisionada, suportada na aquisição de conhecimentos teóricos e na investigação”

No caso particular do Curso de Pós - Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, a OE sendo favorável à diversidade dos programas indica, no entanto, temas comuns a serem tratados pelas instituições de ensino onde estes são ministrados e onde penso que o nosso projeto de intervenção está inscrito, nomeadamente na gestão positiva de sentimentos; técnicas de *empowerment* e técnicas pedagógicas de aconselhamento e de intervenção na crise, associando técnicas que promovam a reabilitação psicossocial. Para tal, propomo-nos, através do diagnóstico feito, intervenções de enfermagem no domínio relacional e dirigidos à pessoa internada na UD. Pretendemos dar um contributo importante para a melhoria na qualidade da prática de cuidados de enfermagem em geral e na UD em particular, simultaneamente melhorar a suplementação do papel do enfermeiro no(s) processo(s) de transição das pessoas internadas, que ocorrem no internamento e que permitem a continuação de cuidados de qualidade que se pretende. Procurámos aplicar os conhecimentos adquiridos na UT Técnicas de Reabilitação Psicossocial e realizar intervenções centralizadas no âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional, ao mobilizarmo-nos como instrumento terapêutico, pretendemos promover a adesão ao tratamento com o incremento das competências individuais.

Cremos que só ao sentir-se apoiado e motivado, a pessoa adicta poderá usufruir ao máximo do seu internamento, readquirindo assim a possibilidade de mudar o seu comportamento face à SPA.

É neste “cenário” que se desenrola toda a situação.

6.1.1. Síntese Diagnóstica

Da recolha de informação necessária e considerada como pertinente à compreensão do fenómeno em causa e cujos resultados obtidos na fase de diagnóstico, conduziram à identificação de problemas, que se por um lado diziam respeito às pessoas adictas internadas na UD, por outro, patentearam algumas lacunas na atuação da equipa de enfermagem que não agia de modo a proporcionar os fatores promotores e protetores do bem-estar e saúde mental, que a pessoa adicta internada necessitava.

Dos problemas identificados na pessoa adicta internada na UD, sobressaíram:

Não estava instituída no serviço qualquer intervenção estruturada que abordasse a adesão ao tratamento, suplementasse a insuficiência de papel da pessoa adicta internada, facilitasse a sua motivação e consequente a tomada de consciência da necessidade de mudança no comportamento, de modo a prevenir a recaída, facilitando a sua autonomia.

Na fase de diagnóstico detetou-se igualmente, que a ambivalência teve cotações altas e que maioritariamente as pessoas se situavam em estadios de motivação baixos.

Apurou-se também a necessidade de uma intervenção do enfermeiro na UD, que avalie os estágios motivacionais e promova uma abordagem individualizada, com intervenções terapêuticas que sejam facilitadoras do processo de mudança, planeadas e adequadas a cada situação individual.

Das fragilidades identificadas na equipa, sobressaíram:

A prevenção da recaída é abordada no discurso dos enfermeiros, mas não é perceptível a probabilidade da ocorrência de um lapso, conceito que poderia facilitar a abordagem na transição para a abstinência.

A motivação é entendida como um facto estático, ao invés, de entenderem a motivação como inerente ao processo de adesão ao tratamento e que carece de orientação, aumentando a probabilidade de aquisição de competências que possam produzir mudanças de comportamentos.

No discurso dos enfermeiros percebe-se que cada elemento tem as suas estratégias de aconselhamento pessoais, para abordar a motivação. Não é referida como necessidade percecionada, qualquer atividade inscrita na rotina do serviço, que aborde a psicoeducação ou a intervenção psicossocial e que integre intervenções psicoterapêuticas que promovam a autonomia da pessoa adicta internada na UD e facilitem a sua adaptação aos processos de transição num contínuo saúde / doença, com o objetivo de suplementar o papel da pessoa, rumo a uma transição saudável.

Perante esta problemática partilhada e discutida com a orientadora e com o professor da escola, ponderada a exequibilidade do projeto a implementar, optámos por incidir a nossa atenção e intervenção, na promoção da reabilitação psicossocial, recorrendo às aprendizagens adquiridas nos aportes nas Unidades Temáticas e baseada nas competências como futura enfermeira especialista

em Saúde Mental e Psiquiatria, perante as necessidades detetadas nas pessoas adictas internadas e com o propósito de poderem alcançar a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, tal como é preconizado nas competências específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria (OE 2011).

O tema “Motivação para o Tratamento: Ajuda na transição para a abstinência, inserida na Prática do Cuidar em Enfermagem, na UD”, insere-se numa das áreas em que o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria deve investir no âmbito da sua intervenção autónoma, constituindo-se como uma oportunidade para sedimentar, aperfeiçoar e atualizar conhecimentos, contribuindo decisivamente para a melhoria da prestação de cuidados de qualidade à pessoa adicta.

As teorias de enfermagem constituem-se como o alicerce teórico que fundamenta o processo de enfermagem. O enfermeiro, ao prestar o cuidado baseado no modelo de transição de MELEIS, estará a concorrer para o aumento das possibilidades de ajuda à pessoa e não apenas objetivar a cura. O importante é dar suporte à pessoa em transição, ajudando-a na proteção e manutenção da sua saúde para o futuro.

6.2. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS.

Considerámos o que segundo MÃO-de-FERRO (1999), define como objetivo, expresso como intenções e que descrevem os resultados esperados, isto é, devem conter as atividades a desenvolver e os recursos necessários, para as concretizar e consequentemente poder atingir os objetivos propostos.

De acordo com RANDOLPH e POSNER (1992: 29), os objetivos são “princípios de orientação que norteiam os esforços dos membros da equipa, desenvolvidos no sentido de contribuir para alcançar o alvo do projeto”. Os objetivos, como refere GUERRA (2002:163-164), enunciam “grandes orientações para as ações e são coerentes com as finalidades do projeto, descrevendo as grandes linhas de trabalho a seguir...”. Nesta lógica procurámos projetar o princípio geral norteador da nossa intervenção, de modo a atingir o resultado a que nos propusemos.

Objetivo Geral:

- Promover a motivação da pessoa adicta internada na unidade, no seu processo de transição da dependência do uso de substâncias psicoativas para a autonomia.

Objetivos específicos:

- Implementar uma intervenção de enfermagem que possa:

- a) Aumentar, na pessoa adicta internada na unidade, a tomada de consciência do seu problema de dependência e necessidade de reduzir ou abandonar o uso de substâncias psicoativas;
- b) Aumentar o envolvimento da pessoa adicta internada na unidade na adesão ao seu tratamento.

6.3. PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO

O Planeamento constitui-se como a terceira fase do projeto, sendo o momento da elaboração de um plano de trabalho pormenorizado que envolve atividades, meios e estratégias (MIGUEL, 2006, cit. por RUIVO *et al*, 2010).

Neste capítulo foi feita uma reflexão relativamente ao fenómeno em estudo com base na consulta de bibliografia considerada pertinente para a investigação e com recurso à nossa experiência nesta área e aos aportes teóricos adquiridos nas diversas Unidades Temáticas, de modo a produzir estratégias de intervenção de enfermagem sustentadas na evidência científica atualizada, que tenham coerência entre o enquadramento teórico, o conhecimento teórico curricular aprendido e aprofundado ao longo do curso, relacionando-os com o levantamento das necessidades detetadas, com a seleção dos recursos existentes e planeando as melhores estratégias a implementar.

TAVARES (1990) refere que a definição de estratégias surge como um conjunto de atitudes, técnicas e intervenções com o fim de atingir os objetivos enunciados e pretende sanar ou minimizar o problema anteriormente diagnosticado, o que exige criatividade por parte de quem produz o projeto e até da equipa de trabalho envolvida, pois inclui um conjunto de passos que visam a definição e a seleção de recursos materiais e humanos necessários.

O planeamento num projeto não se circunscreve às atividades, assim como não é só a definição das ações e procedimentos considerados como necessários para se alcançarem os resultados desejados, dever-se-á programar o tempo, recursos e a sequência em que se desenvolverá cada uma dessas atividades.

Um bom instrumento para isso é o cronograma, um instrumento simples e útil para identificar as ações no tempo, estimar o tempo em relação aos recursos, visualizar a possibilidade de algumas ações acontecerem em paralelo, por último e mais importante verificar a relação de interdependência entre elas, possibilitando a monitorização do projeto, com a identificação de possíveis desvios em relação ao planeado, o que possibilita uma correção de rota ainda durante o desenvolvimento do mesmo.

Após pesquisas aturadas bibliográficas e contactos com uma Unidade de Desabilitação do Norte (que tem implementada uma atividade que consta de um jogo de cartas “O jogo da escolha”), decidimo-nos pela criação de um mediador terapêutico que fosse o suficientemente apelativo, de simples aplicação e abrangente para serem criadas oportunidades para estabelecer uma intervenção terapêutica. Com a mesma pretendíamos criar o *setting* onde pudéssemos desenvolver intervenções psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas, de acordo com as necessidades detetadas em cada grupo e em cada pessoa, tal como previsto nas competências específicas do EEESMP (OE 2011).

Antes de o aplicar, de forma informal, demos conhecimento a profissionais da área da psicologia que nos deram um feedback positivo sobre a forma e o conteúdo. Tivemos a oportunidade de ter ajuda do técnico de informática que nos ajudou a converter a folha de tamanho A4, num caderno que se tornaria mais económico, cómodo e fácil manuseamento. Em apêndice (Apêndice VI), consta o modelo em folha A4 para ser de melhor compreensão, elaborámos uma norma descritiva para a sua aplicação, que consta em apêndice (Apêndice VII). Elaborámos também uma folha de registos que nos permitisse funcionar como um diário de bordo de modo a poder fazer uma análise da forma como decorreram as atividades. (Apêndice VIII)

Os recursos materiais constaram: Sala das técnicas psicossociais; esferográficas; Caderno “Mudar Comportamentos”; Folha de registos, Questionário SOCRATES 8D.

População-Alvo:

Os critérios utilizados para a seleção das amostras das pessoas internadas na UD, foram, consumidores de SPA ilícitas e ilícitas e que acessem participar na atividade, na antevéspera e véspera do dia programado para a alta, com exclusão de pessoas com quadro confusional presente. Para melhor compreensão e fundamentação, entendemos ser necessário basear a nossa atividade em evidência científica sobre as opções metodológicas feitas.

SEABRA *et al* (2013) encontraram resultados considerados como sensíveis às intervenções de enfermagem na revisão sistemática que fizeram. “... Conhecimentos necessários sobre a sua doença e o seu tratamento; capacidade para gerir os sintomas da sua doença e os resultantes dos consumos e da abstinência; a funcionalidade no dia-a-dia; o autocuidado relacionado com a gestão do regime terapêutico; o tempo de permanência nos programas e a perceção do papel dos enfermeiros”. Ou seja, atestaram o impacto provocado pelo enfermeiro nos resultados em saúde obtidos, no incremento da sua qualidade de vida, na mudança de comportamento e na tomada de consciência, ao cuidar de pessoas dependentes de SPA.

Não há um método único para a abordagem do problema comportamental. As diversas teorias sobre os comportamentos de saúde podem orientar os processos relativos à mudança de comportamento, mas uma base teórica explícita nem sempre é necessária para a intervenção ser bem-sucedida (MUNRO *et al*, 2007).

Atualmente o Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MILLER e ROLLNIK, 2001), tem desempenhado um papel importante na abordagem dos comportamentos aditivos e tem sido usado em várias pesquisas relacionadas com a abordagem na adição (RIGONI, OLIVEIRA, SUSIN, SAYAGO e FELDENS, 2009; SZUPSZYNSKY e OLIVEIRA, 2008), tanto na investigação como no desenvolvimento de novas intervenções (OGDEN, 2004; RIGONI *et al*, 2009). Ao permitir a identificação do estadio de mudança em que a pessoa se encontra, pode ser útil enquanto ferramenta clínica para avaliar riscos de abandono do tratamento (KLAG *et al*, 2005). Muitas das

peessoas admitidas em tratamento encontravam-se nos estadios iniciais de mudança, pelo que é necessário interagir com pessoas desmotivadas, com resistência ao tratamento ou ambivalentes (PROCHASKA *et al*, 1992).

Dos dados recolhidos na fase de diagnóstico constatou-se que maioritariamente as pessoas estavam nos estadios iniciais da motivação, ou seja pré-contemplação e contemplação. Estes dados sobre os estadios de mudança estão de acordo com os estudos feitos por (ABRAMS, FOLLICK, & BIENNER, 1988; GOTTLEIB, GALAVOTTI, MCCUAN, & MCALISTER, 1990; PALLONEN, FAVA, SALONEN, & PROCHASKA 1992, citados por PROCHASKA *et al*, 1992), nos quais se constata que as pessoas que vêm para o tratamento só 10 a 15% estão no estadio da ação, enquanto cerca de 30% a 40% estão no estadio da contemplação e 50% a 60% no estadio da pré-contemplação.

No manual de BECOÑA *et al* (2008), referem as provas científicas do modelo Transteórico classificadas de acordo com níveis de evidência e graus de recomendação. Consideram com nível de evidência 1- os princípios do modelo Transteórico são aplicáveis a uma grande diversidade de comportamentos relacionados com a saúde. Os processos de mudança diferem entre os estadios de mudança. A sequência de proposta entre estadios e processos de mudança não pode ser estendida a todas as áreas de intervenção; com nível de evidência 2- Os processos de mudança cognitivos são mais utilizados por natureza, nas pessoas que se encontram nos estadios de pré-contemplação à contemplação. Os estadios não são categorias independentes; com nível de evidência 3- O sucesso na progressão entre os estadios está relacionado com a adequada utilização dos processos de mudança. Verificou que é mais útil usar os processos de mudança de carater cognitivo nas fases de preparação de pré-contemplação e as de carater comportamental na fase de ação. Os processos de mudança comportamental na fase de ação não permitem prever, por si só, o surgimento de uma recaída.

A prevenção de recaída (PR) é uma abordagem cognitivo-comportamental projetada para ajudar as pessoas a antecipar e enfrentar o processo de mudança. O objetivo principal da PR é reduzir a incidência e a gravidade da recaída, suporta-se em objetivos: minimizar o impacto de situações de alto risco com o aumento da tomada de consciência, com a estruturação de habilidades de enfrentamento e para evitar a recaída através da promoção de um estilo de vida saudável e equilibrada (HENDERSHOT *et al*. 2011).

Para dar suporte a esta situação e de acordo com BORGES-FERREIRA e CUNHA FILHO (2007), que indicam três técnicas utilizadas com o objetivo da mudança de comportamentos, nomeadamente: o Aconselhamento, a Entrevista Motivacional (EM) e a Prevenção da Recaída (PR), foi criado o mediador terapêutico, que sustentado nestas técnicas e na teoria de transição de Meleis, permitisse ajudar a pessoa na redução e elaboração da sua ambivalência, recorrendo a um estilo de aconselhamento diretivo, centrado na pessoa, com o fim de estimular a mudança do

comportamento. RODRIGUES *et al* (2011) fizeram uma revisão sistemática sobre a aplicação da EM feita por enfermeiros, na redução do consumo abusivo de álcool e concluíram que “...A Entrevista Motivacional pode ser conduzida por enfermeiros, desde que tenham formação e adquiram competências específicas neste tipo de abordagem”.

O mediador assim como as explicações para cada intervenção encontra-se em anexo.

Com a intervenção terapêutica autónoma de enfermagem pretendeu-se:

- Promover na pessoa adicta internada na UD, a tomada de consciência do seu problema de dependência e a necessidade de reduzir ou abandonar o uso de SPA, recorrendo à aplicação individualizada do questionário SOCRATES 8D e divulgação dos resultados;
- Contribuir para o envolvimento das pessoas adictas, internadas na UD, na adesão ao seu tratamento com implementação de uma intervenção terapêutica, dividida em dois momentos, através do mediador terapêutico criado;
- Fortalecer a sua transição para a mudança de comportamentos, através da observação e opinião e com o reforço dos indicadores processuais de mudança, conforme o modelo Transteórico.

Foram explicados à pessoa internada, o objetivo, a natureza, o método segundo o qual iria ser conduzida a atividade, a duração prevista e foi pedida a sua colaboração. Foi igualmente reforçado que o direito à confidencialidade seria respeitado e que tinha a liberdade de, em qualquer altura, se retirar do processo e que essa decisão não teria qualquer consequência para o seu tratamento. Foi assinado o Termo de consentimento livre e informado. Após estas informações e todas as dúvidas terem sido esclarecidas, foi oferecida ajuda para preenchimento do questionário, assim como para o mediador da atividade, o caderno “Mudar Comportamentos”. Foi também reforçada a ideia que o caderno seria para ser levado aquando da alta. O ambiente calmo e reservado foi respeitado.

6.4. EXECUÇÃO.

Perante os resultados obtidos na fase de diagnóstico, planeámos uma intervenção que pudesse contribuir para atingir os objetivos que nos propusemos.

Optámos por recorrer ao grupo porque segundo SCHMITZ *et al* (1997), além de ser mais económico, a literatura questiona a prevalência do individual sobre o grupal.

Inicialmente foi feita a nossa apresentação e pedimos às pessoas para se apresentarem dizendo o seu nome. Foi feita a explicação do esquema do grupo, o número de sessões e a duração prevista para cada uma. Foi realçado o pedido para participarem nas duas sessões previstas e para se respeitar a opinião de cada um.

Em cada sessão o tema anterior foi recapitulado por um participante do grupo. No fim das sessões, foi registada na folha de observação direta e cada caso foi discutido com a orientadora. A folha de observação direta foi criada para servir como notas de campo para “relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiência e pensa no decurso da recolha e refletindo sobre os dados” (BOGDAN e BIKLEN, 1991:150). De acordo com POLIT *et al*, (2004:266), a observação não estruturada possibilita que o pesquisador compreenda o fenómeno como é visto pelos participantes, apreendendo o seu conteúdo.

Quanto à promoção da motivação para autonomia, objetivo central, procurámos analisar em que estadio os participantes se encontravam e por conseguinte, o quanto estavam disponíveis para uma mudança no seu comportamento. Fez-se necessário recorrer à identificação do estadio de motivação com a aplicação individualizada do questionário SOCRATES 8D. O questionário foi aplicado aos grupos em dois momentos, no início da intervenção e no final da intervenção, ou seja, na véspera do dia programado para a alta. Os resultados dos estadios de motivação, revelaram que na totalidade as pessoas que participaram na atividade, 50% estavam no estadio de Pré-contemplação, 20% no estadio de Contemplação, 20% no estadio de Ação e 10% no estadio de Manutenção.

Quanto à ambivalência e segundo a aplicação do mesmo instrumento, 30% tinham valores de classificação considerados Muito Alta e Alta, 30% valores de classificação considerados Média e 40% valores de classificação Baixa. Os resultados encontram-se no apêndice (Apêndice IX).

Verificou-se que grande parte dos participantes estava no estadio de Pré-contemplação. Este resultado também foi referido no estudo feito por RESENDE *et al* (2005), com alcoólicos internados. Os resultados também estão em conformidade com o estudo de RIGONI *et al* (2009), feito com alcoólicos internados para tratamento da adição. Os autores concluíram, que a maior parte da amostra revelou baixa motivação para a mudança. ORSI e OLIVEIRA (2006) afirmam que é útil conhecer dados acerca dos estadios motivacionais dos adictos, para que as estruturas de tratamento possam aplicar estratégias de terapêuticas congruentes com cada estadio. Outro estadio com pontuação alta foi o da Contemplação. De acordo com GONÇALVES (2008), no estadio de Contemplação a pessoa admite ter um problema e pondera a possibilidade de mudança, apontando para uma preocupação e constitui-se como uma oportunidade para avaliar as vantagens e as desvantagens em mudar. Este estadio também patente no presente estudo, pode explicar também o elevado número de internamentos, os quais indiciam o número de recaídas. Segundo o mesmo autor, apesar de não ser considerada como um estadio motivacional, a recaída pode ser examinada como um estado de transição, já que faz parte no processo de mudança de comportamentos.

Os resultados do estudo realizado por OLIVEIRA *et al* (2003) demonstraram uma correlação positiva entre a maior gravidade da adição e a motivação para a mudança, uma vez que

experienciaram maiores danos clínicos e psicossociais. As pessoas com um grau de adição mais grave apresentavam maior prontidão para a mudança. O mesmo estudo salienta a necessidade deste critério poder interpor-se na atuação dos profissionais e na motivação das pessoas adictas, o que pode interferir no investimento, tanto por parte dos técnicos como por parte das pessoas adictas, num tratamento mais efetivo. Não analisámos o grau de gravidade, mas o recurso ao internamento pressupõe a incapacidade da pessoa para fazer a desabilitação em regime de ambulatório.

Embora ao estadio de Manutenção, nesta amostra, tenha sido percentualmente baixo, desenvolver estratégias de Prevenção de Recaída (PR), previstas por MARLATT e GORDON (1993) neste grupo de pessoas, com dependência grave, abordar a sua autoeficácia, pode ser uma técnica de tratamento válida, pois desta forma, não se está a subestimar a disponibilidade para a mudança da pessoa adicta, mas sim a reforçar os aspetos ligados ao estadio de Manutenção e que podem contribuir para a aquisição de competências para o grupo todo.

Considerámos também o nível etário, o sexo, o número de vezes que já tinha estado internado na UD, o tipo de substância consumida e o projeto terapêutico, previamente acordado com o seu terapeuta. Nesta amostra consta que a média idades era 43,1 anos. Relativamente à determinante do género como influência na saúde, tem-se demonstrado a existência de uma maior probabilidade do sexo feminino em adotar comportamentos mais saudáveis que o sexo masculino (SERAFINO, 1990), o que confirmou nesta amostra em que 70% era do sexo masculino e 30% do sexo feminino. Quanto ao número de internamento nesta UD, constatámos que 60% era o seu 1ºinternamento; 20% 2ºinternamento; 20% 3ºinternamento. A substancia consumida era: Heroína 60%; Álcool 40%; Cocaína 30%; BZD 20%; Haxixe 10%. No que se reporta ao projeto terapêutico, constava: Abstinência 50%; Aversivo 20%; Comunidade Terapêutica 20%; Antagonista 10%.

Estes resultados estão de acordo com outros estudos, os quais também descrevem uma amostra de adictos composta, na sua maioria, pessoas com baixo nível de escolaridade e com múltiplos internamentos (CHAVES, SANCHEZ, RIBEIRO e NAPPO, 2011; GUIMARAES, SANTOS, FREITAS e ARAÚJO, 2008; OLIVEIRA e NAPPO, 2008).

SERAFINO (1990) constatou que pessoas com maior nível educacional e com estatuto socioeconómico mais elevado manifestam uma maior probabilidade de ter menos problemas em relação às pessoas com estatuto socioeconómico mais baixo. Salienta-se que só 40% dos participantes tinha a escolaridade obrigatória (9º ano).

Sabe-se que na adição, a adesão ao tratamento representa um grande desafio. Estudos clínicos randomizados como o de WALDRON, TURNER e OZECHOWSKI (2005), têm sido realizados com o intuito de compreender qual intervenção mais adequada para o tratamento desta patologia. Alguns estudos como o STEPHENS, CELLUCI e GREGORY (2004) e HENDERSON, SAULES e GALEN

(2004) têm contribuído para a validação do MTT, correlacionando o estadio motivacional com a adesão ao tratamento.

O conceito de estilo de vida é caracterizado pelo WHO (1998) como um modelo de comportamento que poderá ter um efeito relevante na saúde das pessoas, ao estar relacionado com aspetos que espelham as atitudes, os valores e as oportunidades nas suas vidas. Esta amostra continha pessoas com um número elevado de anos de consumo, o que influencia holisticamente o estilo de vida e a sua saúde.

Baseados nos objetivos inicialmente propostos, o mediador terapêutico sustentado no MTT e na Teoria das Transições, recorremos a uma estratégia terapêutica com inspiração na técnica da EM, que passamos a expor.

I - Afinal, qual é o meu problema?

- Aumento da consciência Meleis

Com estas questões pretendíamos desenvolver competências que diminuíssem a resistência em reconhecer a necessidade de mudança ou a identificar ações que contribuíssem para a alteração da sua situação atual, sem a mobilização de recursos necessária para o efeito, aferimos expectativas irrealistas; e reforçámos a necessidade de esforço no envolvimento no processo, justificado com o possível deficit no auto conhecimento.

- Auto reavaliação

Neste item, pretendíamos a Avaliação de como a pessoa se sente e pensa sobre sua relação com o problema de adição, pretendíamos que fizesse a sua auto reavaliação cognitiva e emocional dos valores em relação ao comportamento problemático, auscultando o que a pessoa sentia e pensava. Foram criadas as condições para abordar as cognições mal adaptativas resultantes das vivências e crenças relativas ao seu consumo.

Constatámos que alguns elementos do grupo, na fase inicial de mudança, queriam parar o consumo, mas a sua inércia era atribuída ao facto de não acreditar serem capazes. O mesmo é referido por PROCHASKA; Di CLEMENTE (1982).

Foram criados momentos para psicoeducação sobre SPA e as suas consequências. Realçados os ganhos em saúde com a alteração dos consumos e comportamentos de risco.

As pessoas que estavam num estadio mais avançado, participaram de forma ativa, concorrendo com os saberes adquiridos para o esclarecimento e reforço da autoeficácia, tanto pessoal como a dos outros participantes. Também FLIGIE *et al* (2004) refere que “A ação terapêutica do grupo pode se processar pela possibilidade de cada um se ver e refletir nos outros e de poder reconhecer aspetos que estão negando”.

- Reavaliação ambiental (PROCHASKA; Di CLEMENTE 1982)

Procurámos reflexões e a avaliação quanto aos custos e benefícios da mudança de comportamento por parte da pessoa, como seu o comportamento afetou o envolvimento físico e social.

- Nível de consciência previsto por PROCHASKA; Di CLEMENTE (1982)

Foi abordada a elevação da consciência quanto aos esforços feitos e a fazer na procura de novas informações e na procura de perceber e receber feedback acerca do comportamento problemático.

- Alívio dramático (PROCHASKA; Di CLEMENTE 1982)

Neste aspeto, foram referidos os aspetos afetivos da mudança envolvendo, muitas vezes, experiências emocionais intensas relacionadas com o comportamento problemático. Um dos participantes teve uma crise de choro quando escreveu sobre os relacionamentos afetados e prejudicados pelas suas escolhas.

A quantidade que consumo normalmente

Ao determinar o padrão de consumo de cada participante, proporcionou o “julgamento” de como o seu comportamento problemático afetava o seu ambiente pessoal e físico. Foram abordadas as crenças das pessoas sobre saúde e doença, consciencializando-as sobre fatores de risco e proteção, a fim de modificar comportamentos prejudiciais e manter hábitos promotores de saúde (OGDEN, 1999).

Foram referidos os efeitos esperados do consumo de SPA pelos participantes, um dos participantes desvalorizou o seu padrão de consumo de álcool, considerando-o com “socialmente aceitável”. Outro participante introduziu a hipótese de “consumos pontuais”. Estas atitudes estavam concordantes com o seu estadio de Pré-contemplação.

FLIGIE (2004) afirma que na fase inicial, em que as pessoas estão renitentes e ambíguas, é importante o recurso a técnicas motivacionais e prevenção da recaída, que auxiliem de maneira consistente a lidar com conflitos em relação ao hábito de beber ou consumir SPA.

Neste momento introduzimos a noção de lapso e como este poderá contribuir para que aconteça uma recaída. Para MARLATT, GORDON (1985), atitudes ou crenças sobre as causas e o significado de um lapso poderá determinar se uma recaída se estabelece com o regresso ao consumo anterior.

Os problemas que enfrento (ou já enfrentei), por causa do meu comportamento, são:

- Alívio dramático (PROCHASKA; Di CLEMENTE 1982)

Pretendíamos aumentar a sua consciência emocional face ao problema.

Neste aspeto, foram referidos os aspetos afetivos da mudança envolvendo, muitas vezes, experiências emocionais intensas e relacionadas

Foi reforçada a necessidade de reconhecer a necessidade de mudança da situação atual, ainda que sem definição de um plano de ação concreto.

Eu quero:

Esta foi a fase do plano de ação que cada participante manifestava o que pretendia. De acordo com PROCHASKA; Di CLEMENTE (1982) este item corresponderia à fase de Auto Libertação, em que a pessoa tem autonomia para alterar comportamentos.

Foi feita pelos participantes a identificação e o reconhecimento das etapas necessárias para o cumprimento das metas que cada um pretendia atingir. Reconhecimento das ações e dos recursos externos e internos necessários para a consecução de cada meta. Identificação de soluções e recursos alternativos para poder atingir cada etapa.

Introduzimos o tema das competências a desenvolver por cada participante de forma a poder atingir o que propunha.

RIGOTTO e GOMES (2002) assinalam que ao incrementar a abstinência, as pessoas recuperaram a capacidade adaptativa, com atitude modificadora, frente às diversas situações da vida.

Dois dos participantes desvalorizavam determinados ambientes que poderiam facilitar o consumo. Mas, prontamente outro participante contrapôs as suas opiniões, com argumentos que manifestavam uma atitude do aumento de consciência sobre o comportamento não desejável e com exemplos pessoais vividos. Este participante estava no estadio classificado com Ação.

II - Prós e Contras

De acordo com PROCHASKA e NORCROSS (2001), cada estadio configura, além de um período de tempo, um conjunto alterações das expectativas com o objetivo de progredir para o estadio seguinte. A reestruturação cognitiva é necessária para a alteração das expectativas, conforme mencionam PROCHASKA; Di CLEMENTE (1992).

É este equilíbrio entre custos e benefícios que pode originar ambivalência e causar o que frequentemente se denomina de contemplação crónica ou procrastinação comportamental (PROCHASKA e VELICER, 1997).

O item seguinte demonstrou de forma clara, a diferença entre os estadios de cada pessoa, com as pessoas nos estadios iniciais a referirem mais aspetos positivos que negativos. Poderá também refletir a baixa de auto eficácia da pessoa, com pouca confiança em si para poder adotar um modelo de comportamento diferente como defende SUMMERFIELD, (2012).

Optámos por recorrer ao conceito de envolvimento defendido por MELEIS *et al*, (2000) que referem que enquanto propriedade da transição, traduz a noção de participação ativa e interessada no processo de transição e que pode ser desencadeado tanto por factos fora do controlo da pessoa

como pela própria e que pode atingir mais do que uma pessoa e é influenciado pelo contexto e pela situação, neste caso a pessoa adicta internada para desabitação de SPA.

Foram momentos de participação ativa nos grupos e foi feito o encerramento desta fase.

Após estas sessões foi feita a avaliação com a orientadora e chegámos à conclusão que foi notório o nível de consciencialização dos participantes que pode ter influenciado o nível de envolvimento, porque a pessoa só pode envolver-se depois de ter conceção da mudança física, emocional, social e ambiental. (MELEIS *et al*, 2000).

II SESSÃO

Esta sessão foi dedicada ao aperfeiçoamento das estratégias de resolução de problemas, com o reconhecimento prévio dos mesmos, mas que poderiam ser resolvidos ou no mínimo atenuados, conforme a capacidade e desejo de cada participante. Após agradecimento por terem mantido a sua presença, apesar dos momentos por vezes emotivos, continuámos a abordagem motivacional para o tratamento.

Mudanças também têm aspetos positivos e negativos. Imagine-os e descreva-os:

Constatou-se que o conceito de transição reuniu a continuidade e descontinuidade dos processos de vida, definindo-se por períodos de imprevisibilidade entre estados de equilíbrio (MELEIS, 2007).

No MTT um dos elementos básicos do modelo é a questão dos prós e os contras da mudança, os quais caracterizam os aspetos motivacionais e da decisão de mudança. Para motivar para a mudança, recorreremos à compreensão dos prós e à diminuição do valor dos contras, fundamentados na metanálise realizada por HALL e ROSSI (2008) que verificou a existência da relação clara e consistente entre os estadios da mudança e os prós e contras da mudança, em variados tipos de problemas.

O instrumento utilizado neste contexto foi o balanço decisional. Neste exercício foi solicitado à pessoa que indicasse os aspetos positivos (vantagens) e aspetos negativos (desvantagens) na mudança do seu comportamento. Este exercício prático possibilitou que a pessoa explicitasse o conflito interno e refletisse sobre a possibilidade de mudança, conforme referido por Ferreira-Borges e Cunha Filho (2007). O Alívio dramático inicialmente produziu o aumento das experiências emocionais negativas. As intervenções centralizaram-se nos riscos para a sua saúde e no apelo para se sentirem inspirados por pessoas que fizeram mudanças saudáveis. (PROCHASKA; Di CLEMENTE 1992)

Para alguns elementos dos grupos foi necessário aferir as incongruências do seu comportamento e as consequências das escolhas feitas. Mais uma vez constatámos que para os participantes nas fases iniciais de mudança, o “imaginar” dos aspetos positivos tornou-se uma tarefa complicada. Recorreremos ao aconselhamento para estimular a hipótese de poderem substituir comportamentos

problemáticos por outros mais positivos e gratificantes, com o objetivo de reforçar a hipótese do Contra condicionamento. (PROCHASKA; Di CLEMENTE 1992).

Montar um plano:

Pretendíamos nesta fase e baseados na preparação antecipada referida por MELEIS *et al* (2000), sobre o que poderiam esperar durante a transição para a mudança e as estratégias a usar para a gestão da sua situação atual, de modo a potencializar a experiência positiva para uma transição saudável. O processo de metamorfose nos hábitos aprendidos envolve pelo menos três estádios: comprometimento e motivação, implementação de ações concretas na mudança comportamental e a manutenção desse comportamento a longo prazo. (MARLATT e GORDON 1993).

III - O que quero? Estabelecer metas

Através da Auto libertação defendida por PROCHASKA; Di CLEMENTE (1992), reforçamos a crença pessoal dos participantes para mudar comportamentos e o compromisso para atuar, fortalecemos a auto eficácia que seria "fator chave para o sucesso da mudança e o aumento da confiança" (VELÁSQUEZ, MAURER, CROUCH, Di CLEMENTE, 2001, p.10).

Consumo nas seguintes situações:

Nesta fase pretendíamos avaliar as situações de risco referidas por cada participante, uma vez que a recaída é imediatamente precedida por uma situação de risco, o que se constatou também neste estudo. No estudo feito por MARQUES *et al* (2011), sobre o risco de recaída, foram referidos os estádios emocionais negativos, a necessidade de apoio à pessoa adicta na reflexão e capacitação das mudanças interpessoais e intrapessoais, necessárias para a manutenção da sua abstinência. Foi também referida a necessidade de intervenções de enfermagem adequadas às situações de risco detetadas.

O meu mapa de alternativas.

A preparação e conhecimento antecipado sobre o que irá ocorrer durante a transição e as estratégias necessárias para a gestão da situação, facilitam a experiência na transição, segundo MELEIS *et al* (2000).

O Contra condicionamento (PROCHASKA; Di CLEMENTE 1992) refere a necessidade de substituir a ansiedade passível de ser desencadeada pela abstinência de SPA por estratégias alternativas de coping. Com a dificuldade manifestada pelos participantes, em projetar no futuro, foi necessário fazer sugestões. No entanto alguns tiveram mais facilidade em referir o que "gostariam de ter" e

difficuldade em referir “como fazer para lá chegar”. Constatámos um deficit nas habilidades de enfrentamento.

Incidimos a nossa intervenção na aprendizagem para a antecipação de situações de risco e na forma como lidar com as pressões internas e externas realçando os problemas que poderiam levar à recaída. Ou seja, foi feito o treino de assertividade.

Para as pessoas que se encontravam nos últimos estadios da mudança, as técnicas de intervenção incidiram no reforço dos pequenos passos dados na direção da abstinência e adesão ao tratamento. Foi também reforçada a necessidade da mudança de estilo de vida

Devo procurar a ajuda dos outros? Quem?

Foi enfatizada a necessidade do aumento da rede de apoio social para obter e reter relacionamentos interpessoais que pudessem fornecer o apoio para que a pessoa se sentisse mais confiante nas suas habilidades, como identificado por NETO (2009).

Nesta fase de supervisão do processo foi importante perceber como as pessoas estavam a sentir e a vivenciar o processo, tentámos perceber quais eram as suas dificuldades e identificámos algumas alternativas, como os grupos de auto ajuda, a ocupação dos tempos livres e fornecemos o apoio emocional a cada participante.

III - Quando começar?

Esta foi a fase da Avaliação

Foi feito o balanço da ação planeada e executada, avaliado o impacto, e o reequacionamento das decisões e das estratégias.

Foram reforçadas as competências a desenvolver e a necessidade de o fazer, sempre com o espaço necessário para a pessoa decidir por si, assumindo a responsabilização na condução do seu processo, colocando o foco na solução do seu comportamento problema. Ou seja, foi feito o reforço da Autodeterminação, da Auto reavaliação do Self e a Tomada de Consciência. (PROCHASKA; Di CLEMENTE 1992) Pretendíamos o envolvimento e a sua responsabilização num compromisso terapêutico, considerados como elementos centrais da mudança de comportamento (PROCHASKA, 2008).

O MEU PRIMEIRO DIA DE VIDA NOVA

Pretendemos reforçar a fase de autonomia com o reforço à capacidade de desenvolver o processo de construção de um projeto de vida de forma autónoma. Reforçámos a tomada de decisão com a capacidade de definição de estratégias e a sua concretização.

E OS ENFERMEIROS?

Quanto aos Enfermeiros e após reunião com a orientadora e professor, concluímos que seria interessante dar a conhecer uma teoria de enfermagem que contribuisse para uma compreensão diferente tanto da recaída como do internamento em si mesmo.

Paralelamente elaborámos uma norma de orientação para a intervenção terapêutica na atividade “Mudar Comportamentos” (Apêndice VI), que se encontra em apêndice (Apêndice VII), com a explicação de cada fase e com a explicação esquemática da técnica da EM.

Realizámos uma formação em serviço, dirigida à equipa, para partilha/envolvimento da mesma. Dadas as contingências inerentes às férias de verão, foi difícil conseguir o agendamento da sessão. Concomitantemente, a instabilidade e o ambiente organizacional existente na organização, não favoreceu o clima adequado e pretendido. Contudo, teve lugar na sala de reuniões e com recurso à distribuição de material e meios informáticos para projeção de material. Estiveram todos os elementos presentes e o facto da enfermeira responsável do serviço, que é paralelamente a nossa orientadora, serviu como fator facilitador porque programou na escala de serviço a data. Em apêndice consta a avaliação feita pelos elementos presentes (Apêndice X).

Para a sessão, decidimos utilizar algumas atividades e estratégias que permitissem, contribuir para a formação e aperfeiçoamento dos enfermeiros e paralelamente, envolver e motivar a equipa multidisciplinar, tal como preconizado nas competências específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria (OE 2011). Mantivemos contudo a esperança, que especialmente os colegas enfermeiros fossem galvanizados com o decorrer deste trabalho.

A formação e a atualização de conhecimentos são essenciais para que os serviços disponham de enfermeiros cada vez mais capacitados a prestar cuidados de qualidade e a desenvolver programas e intervenções que melhor correspondam às necessidades clínicas e psicossociais das pessoas com problemas de saúde mental em geral e na área da adição em particular. Serão necessárias, por um lado, medidas que promovam a formação em serviço e, por outro lado, ações que impulsionem a introdução de mudanças na prestação de cuidados e que permitam uma melhor adequação dos profissionais para aspetos essenciais na reabilitação psicossocial da pessoa.

Para tal e como Enfermeira especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, compete-nos o envolvimento de outros profissionais na definição de projetos que visem a reabilitação psicossocial da pessoa, concorrendo para a melhoria dos indicadores de morbilidade e mortalidade (OE 2011). Refletindo sobre o que a Ordem dos Enfermeiros (OE 2011), refere como competência do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria (EEESMP), como sendo um profissional que se compromete com o trabalho desenvolvido nas equipas multiprofissionais que integra ou com quem estabelece parceria nos diferentes contextos da prática, compete-nos responsabilizar-nos

pelos cuidados em saúde mental e psiquiatria, respeitando as áreas de intervenção autônomas e interdependentes em enfermagem, conforme enquadramento legal.

6.5. AVALIAÇÃO

O objetivo geral a que nos propusemos atingir era “Promover a motivação da pessoa adicta internada na unidade, no seu processo de transição da dependência do uso de SPA para a autonomia”. Com base nesta premissa orientámos o nosso trabalho.

Uma pessoa motivada tem as competências necessárias para alterar o seu comportamento-problema, predisposta para cumprir o programa terapêutico previamente acordado com o seu terapeuta, de forma ativa e apta na medida em que possui as capacidades necessárias para adotar um estilo de vida saudável (RODRIGUES e TEIXEIRA, 2010).

A incidência da baixa motivação nos estadios iniciais do processo de mudança era elevada, o que corresponde a atividades subentendidas ou declaradas, nas quais as pessoas se envolvem para mudar o sentimento, o pensamento, a conduta ou o relacionamento respeitante ao comportamento-problema (SZUPSZYNSKI e OLIVEIRA, 2008). Segundo Di CLEMENTE *et al*, (1999) e YOSHIDA, (2002), estes resultados refletem diferentes níveis na tomada de consciência para o seu problema e diferentes graus de compromisso para o enfrentar.

Os resultados nos estadios de motivação, revelaram que as pessoas que participaram na atividade, 50% estavam no estadio de Pré-contemplação, 20% no estadio de Contemplação, 20% no estadio de Ação e 10% no estadio de Manutenção. Constatámos deste modo que a procura de tratamento não traduzia uma motivação para a mudança do comportamento-problema.

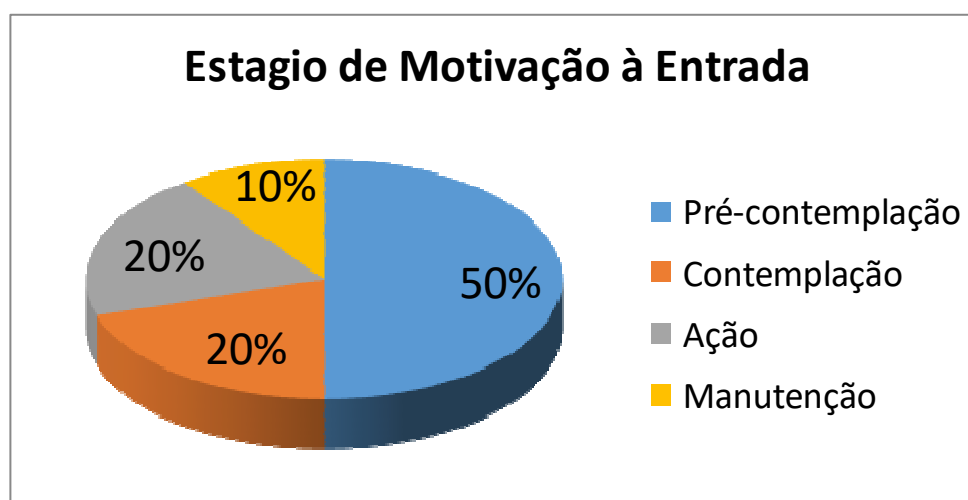


Gráfico 1 – Avaliação da motivação à entrada

No fim da intervenção os resultados foram: 40% estavam no estadio de Pré-contemplação, 10% no estadio de Contemplação, 50% no estadio de Ação e 0% no estadio de Manutenção.

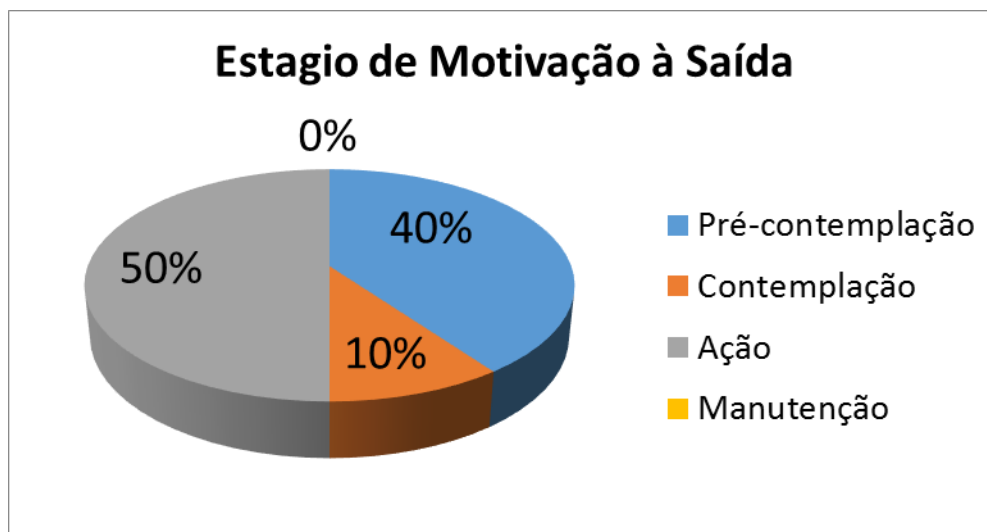


Gráfico 2 – Avaliação da motivação à saída

No que se refere à avaliação da ambivalência à entrada revelaram que as pessoas que participaram na atividade, 30% apresentavam uma ambivalência entre muito alta e alta, 30% apresentavam uma ambivalência média e 40% apresentavam uma ambivalência baixa.

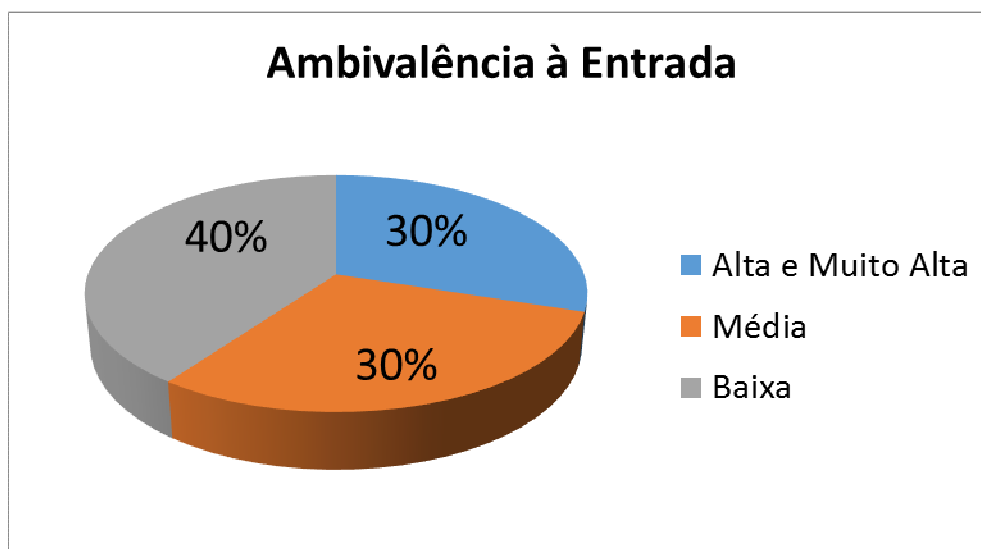


Gráfico 3 – Avaliação da ambivalência à entrada

No que se refere à avaliação da ambivalência à saída revelaram que as pessoas que participaram na atividade, 60% apresentavam uma ambivalência entre muito alta e alta, 10% apresentavam uma ambivalência média e 30% apresentavam uma ambivalência baixa.

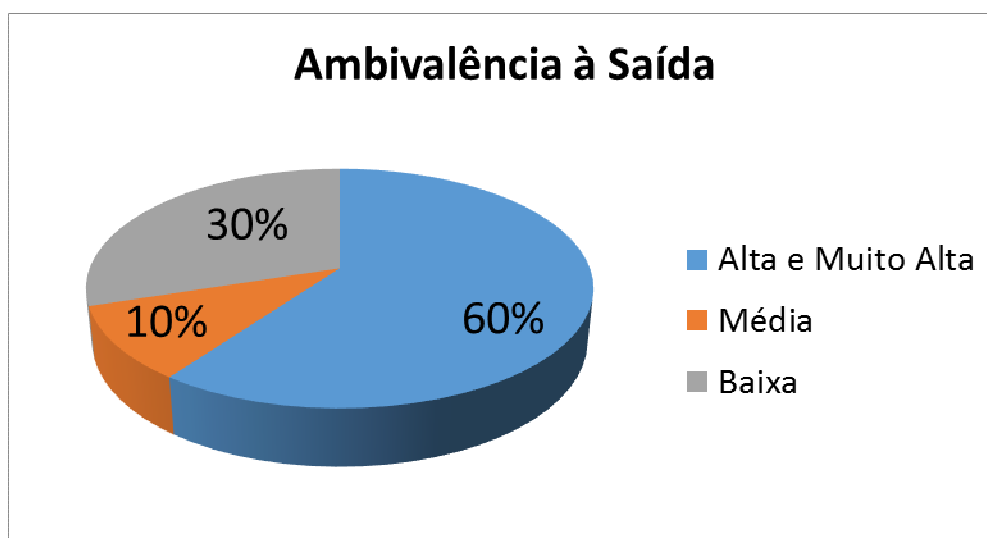


Gráfico 4 – Avaliação da ambivalência à saída

Perante os resultados obtidos nesta amostra, poderemos alvitrar algumas hipóteses de interpretação, de acordo com o MTT.

No contexto, os resultados estiveram de acordo com o previsível. No final de um curto período de internamento (7 a 10 dias), em que se verifica a passagem de uma fase de consumos de SPA para a abstinência, é normal que esta progressão represente para a pessoa, uma transição importante e sentida no percurso saúde/doença, tendo os resultados sido reveladores dessa transição

Poder-se-á considerar como indicadores dessa evolução um decréscimo dos participantes no estadió de Pré-contemplação, que diminuiu 10%, a diminuição no estadió, pode ser entendida como um aumento na tomada de consciência e na vontade de mudar comportamentos, com o reconhecimento do seu comportamento problema. Os participantes na fase de Contemplação também diminuiram 10% esta diminuição no estadió, pode ser vista como os participantes estarem recetivos à estimulação da sua motivação e demonstrarem um progresso na sua auto eficácia. Os participantes no estadió de Ação tiveram um aumento de 30% a maior pontuação pode ser considerada pela valorização da mudança conseguida do consumo para a abstinência, assim como um maior reconhecimento do problema, que assinala uma maior consciencialização para a problemática do consumo. Os do estadió de Manutenção tiveram um resultado de 0%.

No entanto salientamos que estes resultados, apesar de demonstrarem uma evolução positiva podem ser transitórios uma vez que segundo JUNGEMAN e LARANJEIRA (1999), o movimento pelos estádios de mudança no modelo Transteórico, até ao estádio da ação leva de três a seis meses, sendo forçosas avaliações repetidas e, inclusivamente, num prazo mais longo para que se possa ter uma noção mais conclusiva na evolução da motivação das pessoas. O modelo

Transtéorico pondera como elementos da motivação o reconhecimento ou negação do problema e a ambivalência ou a tomada de decisão (BUNTON, BALDWIN, FLYNN e WHITELAW, 2000), apontando para uma componente comportamental da motivação, a ação que se revela quando a pessoa faz alguma coisa para melhorar (MILLER, 1999), conduzindo deste modo a uma adesão e envolvimento da pessoa no seu tratamento (DRIESCHNER, LAMMERS e STAAK, 2004). No entanto, o efetivar de uma aliança terapêutica precoce com a pessoa é suscetível de ser potenciada, sendo reconhecido por Di CLEMENTE *et al* (1999), que a associação desses dois fatores pode trazer uma obtenção de melhores resultados. Um componente preditivo em relação ao envolvimento e retenção no tratamento pode ser determinado pela relação, por respostas terapêuticas adequadas e pelos resultados obtidos na avaliação da motivação (JOE *et al.*, 1998), o que se pode inferir que tenha acontecido com os participantes desta amostra. Realçamos que os resultados fazem parte de um período de tempo e a um grupo heterogéneo uma vez que o estadio motivacional é pessoal, dinâmico e suscetível à mudança.

Na fase de diagnóstico concluímos que a ambivalência era elevada durante o internamento, o que se constatou de igual forma nesta amostra e que genericamente aumentou no final da intervenção. Também na investigação feita por RESENDE *et al* (2005), com quatro momentos de avaliação, no início do tratamento, após 23 dias, no fim do tratamento de 45 dias e 1 mês após o fim do tratamento, concluíram que não tinha havido diminuição da ambivalência nos participantes. A técnica da EM, de MILLER e ROLLNICK (2001) defende a ideia de que o terapeuta que trabalha com adictos deveria conduzir as intervenções de forma a aumentar a ambivalência quanto ao consumo de SPA, o que a ter acontecido pode justificar o aumento da ambivalência. Um resultado mais seguro seria alcançado em follow-up posterior e com uma amostra mais alargada.

Muitas pessoas no início do tratamento têm uma atitude ambivalente diante da mudança de comportamento, com motivações oscilantes e conflitantes relativamente ao abandono do consumo (RODRIGUES e TEIXEIRA, 2010). O fato de um maior número de participantes registar um maior nível na ambivalência após a intervenção pode refletir, que continuam a demonstrar a ambiguidade para as perspetivas de mudança, podendo mesmo assim, indiciar alguma abertura para a reflexão e tomada de consciência do seu problema. Para MILLER e ROLLNICK (2001) a ambivalência é um aspeto central dos comportamentos aditivos e referem que o âmago do problema consiste na abordagem da ambivalência, mas que a mesma pode ser de difícil entendimento, tanto para as pessoas adictas como para os profissionais. É de realçar que não foi possível concretizar a nossa intenção inicial de efetuar uma outra avaliação, após a alta do participante, dada a incerteza de garantir a referida avaliação, tanto pela localização de cada um como pela flutuação de residência. Contudo foi dado feedback aos terapeutas.

Resultados às questões da “Avaliação da intervenção terapêutica proposta pela equipa de Enfermagem da UD” (Apêndice XI).

Q1- Como se sentiu durante a atividade?

As hipóteses colocadas foram: Confortável; Desconfortável. Perante os resultados podemos depreender que maioritariamente das pessoas participantes se sentiu confortável durante a atividade (90%), só 10% refere ter-se sentido desconfortável. Como sustentam LUNDAHL e BURKE (2009) no estudo que fizeram, a técnica da EM utilizada pode ser posta em prática pelos diferentes grupos profissionais da área da saúde, como estilo de aconselhamento diretivo, centralizado na pessoa, com o objetivo de estimular a mudança do comportamento. Esta técnica que usámos propõe também intervenções terapêuticas adequadas a cada estadio de motivação com o objetivo de aumentar a adesão ao tratamento e prevenir possíveis recaídas em pessoas com comportamentos considerados problemáticos. Apesar de ter interferido no seu comportamento, os participantes reagiram maioritariamente de forma positiva às intervenções e os resultados pouco uniformes do parâmetro Ambivalência poderão ser indicadores dos diferentes estados de evolução dos participantes, que apesar de estarem abstinentes e estarem em fases diferentes do seu tratamento, podendo por isso sentir de forma diferente a consolidação da mudança. Poderá também refletir o que Di CLEMENTE, SCHLUNDT, e GEMMELL, (2004) sustentam, que existem dois aspetos evidentes e relacionados com a prontidão: a prontidão para a mudança que engloba a tomada de consciência e a confiança nas suas capacidades para mudar e a prontidão para tratamento que inclui a motivação para começar, manter e finalizar um tratamento.



Gráfico 5 – Análise de Grau de Conforto

Q2- Qual a utilidade da atividade?

As hipóteses colocadas foram: Útil; Inútil. Os resultados na ordem dos 100% referem que consideraram a atividade 100% útil.

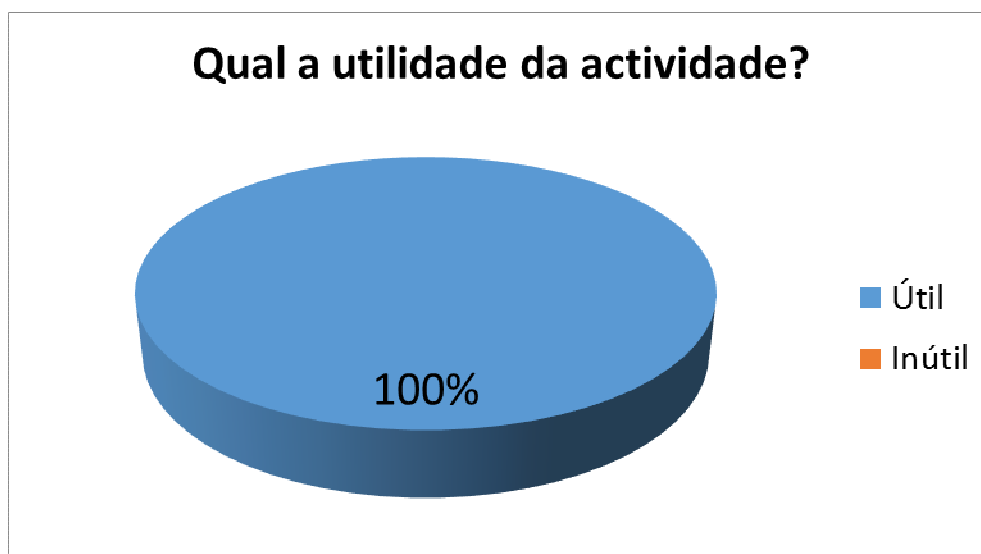


Gráfico 6 – Análise utilidade da atividade

Perante o pedido de justificação e analisando as respostas com base nos indicadores de processo utilizados no MTT referem:

Os participantes responderam maioritariamente na área da componente cognitiva, com respostas compatíveis com a tomada de consciência e com sinais que demonstram aquisição de habilidades interpessoais. Ex: Q1"...*fez pensar sobre a vida e o percurso*"., Q4"...*a informação sobre o consumo*"; Q7"...*outra maneira de ver a minha vida*".

Uma das pessoas referiu o controlo de estímulos e a sua relação com as situações de risco, inserido na área comportamental Ex: Q3"...*situações que me levam ao consumo*".

Da grelha de avaliação da participação na intervenção, cuja grelha se encontra em (Apêndice VIII), sobressaem:

Graus participação- Maioritariamente os participantes mostraram interesse e intervieram de forma assertiva. Dos participantes só 10% estiveram indiferentes.

Disponibilidade- 70% estiveram disponíveis e 20% esteve nada disponível.

Expressão sentimentos- 50% demonstrou sinais de ansiedade e 10% demonstraram sinais de instabilidade emocional, assim como 10% demonstraram pouco à vontade.

Comunicação não-verbal- 80% estiveram com sinais indicadores de comunicação não-verbal (informação colhida através de gestos, tom de voz, atitudes, expressões faciais e do corpo, etc.). Só 20% não apresentou.

Comunicação verbal- Maioritariamente (90%), os participantes estiveram comunicativos.

Relacionamento interpessoal com o grupo- Tanto a empatia como a assertividade foram maioritárias nos grupos.

Tolerância- Maioritariamente (80%) demonstraram tolerância pelos elementos do grupo.

Cumprimentos de regras- Os grupos cumpriram as regras previamente acordadas.

Atitude face ao grupo- 80% dos participantes respeitou e aceitou as sugestões dadas por outros elementos, só desvalorizou as mesmas.

Consideramos que os grupos tiveram um funcionamento positivo.

Também devemos considerar o tempo de intervenção, que poderia ser melhorado com mais sessões o que reforça a necessidade do seguimento no pós alta, ou seja, pode ser demonstrativo da necessidade de cuidados continuados em Saúde Mental e Psiquiatria e o follow-up poderia ter resultados mais objetivos. Por outro lado, o tamanho reduzido da amostra não possibilita a generalização dos resultados para a população de adictos em recuperação.

Mas, a nossa satisfação foi a possibilidade de implementar uma atividade terapêutica, sistematizada, criativa e inaugural no serviço onde prestamos cuidados à pessoa com comportamentos aditivos e que são internadas porque o sistema ambulatorio não funcionou.

ENFERMEIROS

Os colegas enfermeiros, tal como referimos anteriormente tiveram um papel passivo e pouco disponível para a participação e envolvimento neste projeto. Pensamos que o clima organizacional e nacional tenha influído e não valorizem tanto a sua presença constante junto da pessoa adicta o que proporciona uma posição privilegiada para ajudar na mudança de comportamento da pessoa internada (DART, 2011). Pensamos que futuramente esta realidade seja alterada com este contributo.

Apesar da avaliação positiva, as reações não se pautaram pelo entusiasmo na participação e disponibilização para a cooperação no projeto. Perante esta reação, tivemos especial cuidado e atenção para evitar a interferência possível de emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que pudessem interferir na relação com a equipa multidisciplinar. Contudo entendemos a atitude como possibilidade de resistência à mudança, talvez fruto do clima organizacional, mas também o aspeto positivo de ter havido a possibilidade de relação com o grupo. A avaliação é inerente ao ser humano e é um aspeto presente em todas as suas manifestações. Avalia-se quando escolhemos um fato para vestir, quando apreciamos uma obra de arte, quando

achamos qualquer produto caro ou barato, quando discutimos a política económica do governo, etc. (GONÇALVES e JANUÁRIO, 2005).

Estamos no caminho certo? Pensamos que sim.

Em jeito de balanço final atingimos os objetivos a que nos propusemos.

6.6. DIVULGAÇÃO RESULTADOS.

É chegado o momento de dar a conhecer o PIS e o todo caminho percorrido que propusesse a resolução de um problema decorrente da nossa prática profissional diária.

O relatório do trabalho de projeto aqui relatado e a proposta do artigo, que se encontra em apêndice, atestam todo o percurso efetuado, de forma reflexiva e baseado em evidências, com a intenção de contribuir para a alteração de um problema real, através da Metodologia de Projeto, que contribuiu para a aquisição de competências pessoais e profissionais e solidificação das mesmas, pretendemos concomitantemente contribuir para uma prestação de cuidados de enfermagem especializados e de qualidade, em benefício da saúde e do bem-estar das pessoas adictas internadas na nossa unidade e dar visibilidade dos contributos que a profissão pode e deve dar decorrentes do mandato social.

Para concretizar esta intenção salientamos a apresentação que foi feita para a equipa multidisciplinar da UD, conforme pedido expresso pelo Diretor da Instituição. Foi também apresentado na sessão comemorativa do dia no Enfermeiro e conforme pedido expresso pelo Instituto Politécnico de Setúbal.

Por último, culminará na prova de discussão pública, a ser efetuada.

6.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.

Foi efetuado um contacto pessoal com o Diretor da UD e com a responsável pelo internamento para apresentar a proposta de trabalho e esclarecer sua finalidade. Foi apresentado o documento formalizado, que se encontra em anexo (Anexo II), bem como a confirmação e respetiva autorização.

No Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei nº 111/2009 no Capítulo VII na Secção II no Artigo 78º, com o título “Princípios gerais Código Deontológico do Enfermeiro” aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98 enuncia, os valores e os princípios orientadores do exercício da profissão. Indica no ponto 1 que “ (...) As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”. No ponto 2 refere que “ (...) São valores universais a observar na relação profissional: a) a igualdade; b) a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; c) a verdade e a justiça; d) o

altruísmo e a solidariedade; e) a competência e o aperfeiçoamento profissional.”.No ponto 3 menciona “ (...) São princípios orientadores da atividade dos enfermeiros: a) a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade, b) o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes, c) a excelência do exercício na profissão, em geral, e na relação com outros profissionais”.

Deste modo e do ponto de vista deontológico, o enfermeiro deve reger-se por princípios éticos e deontológicos no cumprimento do exercício da sua profissão entre os quais se inclui a investigação. Para FORTIN (1999:114) a ética é a “...ciência da moral e a arte de dirigir a conduta”. Numa investigação, em que os participantes são pessoas, implica sempre regras de conduta. Os direitos fundamentais que foram respeitados no decorrer deste estudo foi o direito à autodeterminação, em que o participante tinha o direito de decidir livremente sobre a sua participação, foi informado que poderia retirar-se a qualquer momento sem que essa escolha tivesse qualquer consequência no seu tratamento, o direito à intimidade em que assumimos a responsabilidade de tornar o estudo o menos invasivo possível e mantida a sua intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e equitativo, em que informámos o participante sobre a natureza do estudo, os objetivos, os métodos utilizados e a sua duração (FORTIN, 1999). Todos participantes atestaram o seu consentimento para participarem no estudo conforme preconizado no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), no Artigo 84.º na alínea C, no que se reporta ao dever de informação, ao respeito pelo direito à autodeterminação, em que assumimos o dever de “Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado”. Assim, antes do início da atividade foram explicados à pessoa internada, o objetivo, a natureza, que o tempo previsto seria de 1 hora, o método segundo o qual iria ser conduzida a atividade e foi pedida a sua colaboração. Foi igualmente reforçado que o direito à confidencialidade seria respeitado e que tinha a liberdade de, em qualquer altura, se retirar do processo e que essa decisão não teria qualquer consequência para o seu tratamento. Foi assinado o Termo de consentimento livre e informado que consta do (Apêndice IV) do trabalho.

Os enfermeiros foram também informados do objetivo das entrevistas e respeitados os mesmos princípios utilizados para as pessoas internadas, tendo assinado o termo de consentimento livre e informado, que consta em apêndice (Apêndice V), bem como a autorização para que a entrevista fosse gravada. Durante as entrevistas realizadas aos enfermeiros mantivemos uma atitude empática e evitámos qualquer juízo de valor.

Foi nossa preocupação o respeito pelo preconizado no Regulamento Exercício Profissional Enfermeiros (REPE 1998), que no ponto 1, do art.8º, refere que “No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”.

Para a reabilitação psiquiátrica as preocupações do ponto de vista ético, arrogam uma posição de destaque (CORDO, 2003). Para que o consentimento das pessoas internadas fosse válido, foi necessário que tivessem capacidade de decisão. Para tal foram informados dos objetivos do estudo, foi assegurado o entendimento com o fim de obter um consentimento solidamente informado. Procurámos ser capazes de: “ informar sem iludir; motivar sem impor; sugerir sem ameaçar; apoiar sem proteger e estar presente sem se deixar ver.” (CORDO 2003:82,83)

PARTE II

7. ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

O Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (MESMP) é um curso de natureza profissionalizante, cuja finalidade é a formação de Mestres em Enfermagem, possuidores de um conhecimento dilatado suportado na evidência, no domínio especializado, ponderando as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e que patenteiem níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, que se expressam num conjunto de competências clínicas especializadas (NUNES, *et al*, 2012). O Decreto-lei 74/2006 de 25 de março, que refere a estrutura do ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Enfermagem inclui uma formação pós-graduada na área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, constituído por um conjunto organizado de unidades curriculares, um trabalho de projeto, original e realizado especialmente para este fim. Outorga ao estudante competências profissionais especializadas para intervir, sustentadas na evidência, para o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos na área de especialidade em Enfermagem de Saúde mental e Psiquiatria. A frequência do 2º Curso de Mestrado atinge o seu auge com a realização deste relatório.

Este percurso permitiu-nos, através da prática reflexiva, desenvolver competências clínicas especializadas almejando como objetivo maior a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, sustentados num padrão elevado de julgamento clínico e de tomada de decisão e o contributo para a expansão do conhecimento em Enfermagem.

O desenvolvimento de competências com uma complexidade crescente, atestadas pelos conhecimentos e capacidades reveladores de atitudes e tomadas de decisões de níveis superiores e especializados, atestam atualmente a atuação dos enfermeiros especialistas. Vinculadas às competências de enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria o Mestre em Enfermagem deve desenvolver as seguintes competências:

7.1 DEMONSTRA COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECÍFICAS NA CONCEÇÃO, GESTÃO E SUPERVISÃO CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A adição a SPA é encarada atualmente como um problema de saúde pública crescente na sociedade atual. A OMS considera a adição como uma doença crónica biopsicossocial e recorrente, que repassa as fronteiras sociais, emocionais, políticas e nacionais, causando uma preocupação crescente na sociedade (ANDRETTA e OLIVEIRA, 2011). Constata-se que as pessoas adictas a SPA possuem altos índices de recaídas, o que pressupõe internamentos recorrentes, o que provoca “desgaste” nas relações familiares. O internamento na UD constitui-se como um momento de transição. A Unidade Temática “Enquadramento conceptual em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria” proporcionou o contacto com a teórica escolhida Meleis, que se revelou como um pilar fulcral durante todo o estudo, assim como na avaliação e apoio às famílias.

Durante a nossa prestação de cuidados no decorrer do internamento e na admissão dos clientes com comportamentos aditivos, surgem situações em que os clientes são acompanhados de familiares, que ao terem contacto com o enfermeiro disponível para os escutar, de forma informal, acabam por revelar sinais de disfuncionalidade, perante a situação dos consumos. Segundo TOWNSEND (2011), “o indivíduo tanto contribui para o stresse na família como responde a ele”. Logo, um enfermeiro, que desempenhe funções em que tem contactos, mesmo que sejam num curto espaço de tempo, tem a noção do reflexo de como o comportamento problemático se reflete na organização familiar, o que nos fornece subsídios para intervenções durante o internamento, aproveitando o momento em que a pessoa não está sob influência de SPA. Perante estas famílias adotamos o papel o que TOWNSEND (2011) refere como facilitador na mudança familiar, de modo a promover a melhor integração possível, unindo-se à família para que possa haver reestruturação e contribuir de modo ativo ao estabelecer uma aliança terapêutica com ela e ao comunicar a informação ao terapeuta de referência.

Concomitantemente avaliámos o que afirma TOWNSEND (2011), “os padrões transicionais, a flexibilidade e o potencial de mudanças do sistema, limites e estágio de desenvolvimento da família e o papel do paciente identificado no sistema”. Constatamos com frequência o que DUNCAN STANTON e colaboradores (1982) referidos por (FLEMING, 1996), concluíram. A existência de famílias em que a mãe tem com o adicto uma relação hiperprotetora, permissiva e fusional, enquanto o pai maioritariamente ausente, seria fraco e não envolvido na relação com o filho.

Com o decorrer do internamento constatamos o que FRAZÃO *et al* (2005, p.16) referem “As famílias, por um lado, caracterizavam-se por terem limites difusos, variando entre a liberdade e rigidez excessiva, tendo dificuldade em definir limites e regras; por outro lado, exercendo o seu

papel com excesso de regras e rigidez”. Concordamos com FERROS (2003), que defende que alguns jovens de famílias com pais e irmãos consumidores são “espectadoras passivas” desde a infância e consideram os consumos como algo normal, o que remete para um comportamento modelado e associado a sentimentos de pertença. Para RECIO *et al* (1991), constata-se uma correlação entre o consumo de SPA e insatisfação nos jovens, perante as relações familiares.

Em termos estruturais, encontramos com frequência limites pouco claros entre os subsistemas familiares, com inversão da hierarquia familiar, com ausência de ligação afetiva ou afastada na díade pai-filho, existência de uma aliança entre um dos progenitores e o filho adicto em oposição ao outro progenitor (FLEMING, 1996).

Destacamos o facto do referido pelo Perfil Padrão dos Utentes em 2013 (SICAD 2012), que destaca o sexo masculino (82%), com idades entre os 35-49 anos (65%), desempregados (60%) e que tem como fonte de rendimento: a cargo de familiares (38%), e rendimento do trabalho (27%) a viverem apenas com a família de origem (33%) ou só com companheiro c/ ou s/ filhos (31%), a viverem em alojamento familiar clássico (91%). Estes dados poderão confirmar o que foi referido anteriormente.

Do ponto de vista clínico, considera-se que a adição alvitra a necessidade de se implementar uma abordagem sistémica nos programas de tratamento, que integre as terapias familiares, como complemento de outras abordagens terapêuticas e que pode ser desenvolvida por enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria de forma a desenvolver intervenções de enfermagem, perante os processos transicionais, suportados pelas teorias de enfermagem, que tal como refere ZAGONEL (1999), a transição pode aparecer em todos os momentos da vida contribuindo com o apoio à família minimizando a sua desestruturação provocada pela situação de doença do seu familiar.

O conceito de supervisão evoluiu com o contributo das investigações efetuadas nesse âmbito e com o desenvolvimento das profissões, dos contextos e da própria organização social, passou a estabelecer-se como uma estratégia de suporte para as organizações de saúde, nas dinâmicas de formação, no funcionamento das equipas e na maturação pessoal e desenvolvimento profissional (ABREU, 2002).

Ao longo do nosso percurso profissional foi frequente a supervisão de alunos de diversas profissões, mas com a aquisição de competências especializadas em Saúde Mental e Psiquiatria, com disponibilidade para também aprender com os outros estamos mais e melhor capacitados para o fazer. Presentemente está em curso a planificação de intervenções terapêuticas a serem implementadas no serviço e que envolvem vários enfermeiros do serviço o que demonstra o interesse pela alteração na abordagem com suporte no modelo biomédico.

É mandatório a aplicação da qualidade na prestação de cuidados, discutindo e questionando as práticas com os pares, de forma a impulsionar cuidados de excelência, já que concordamos que “ a

formação não produz competências, produz aquisição de informação, de capacidades, de conhecimentos que, posteriormente se transformarão em competências. Se desejar pôr em marcha um processo de produção de competências, é necessário conseguir controlar a qualidade das ações posteriores à formação propriamente dita, é necessário que confirmemos as competências.” (HESBEEN, 2001, p.73).

Durante as reuniões semanais da equipa multidisciplinar tivemos a oportunidade de discutir os casos clínicos, pudemos demonstrar competências acrescidas e cimentadas com a execução do PIS, sentindo-nos mais competentes na discussão do plano dos clientes, e partilhando com a equipa a informação fundamental para o planeamento adequado e possíveis ajustes necessários.

O uso da linguagem da CIPE veio facultar uma comunicação mais eficaz entre os enfermeiros, dado que partilham termos e conceitos. Contudo, a comunicação interinstitucional é por vezes dificultada, pelo facto de na nossa instituição a informação no sistema informático não contemplar o internamento, mas pensamos que brevemente esta situação será aletrada o que permitirá uma transmissão dos diagnósticos de enfermagem e as intervenções e a avaliação final que foram feitos no decurso do internamento com possibilidade reavaliação posterior sustentada no ajuste para a circunstancia e que conduza a uma tomada de decisão sustentada nos principio éticos e valores inscritos no CDE e uma melhor gestão na continuidade nos cuidados. Pensamos que deste modo poderemos ser uma mais-valia na organização do processo, uma vez que a conseguimos apreender os conteúdos necessários nas Unidades Curriculares (UC) no decorrer do CPLESMP.

7.2 REALIZA DESENVOLVIMENTO AUTÓNOMO DE CONHECIMENTOS E COMPETÊNCIAS AO LONGO DA VIDA E EM COMPLEMENTO ÀS ADQUIRIDAS

No que concerne a esta competência, um longo caminho foi percorrido com um investimento na autoformação que consideramos essencial para o desenvolvimento pessoal e profissional, sempre com a noção que a aquisição de competências facilitariam o nosso crescimento autónomo ao longo do percurso referido anteriormente, um forte investimento no desenvolvimento autónomo e demonstraria as necessidades de aperfeiçoamento dos nossos recursos pessoais. A autoformação surge como um estímulo do “desenvolvimento das capacidades de evoluir e agir num ambiente complexo, de “aprender a aprender” ao longo de toda a vida, de reconstruir permanentemente conhecimentos e saberes” (COUCEIRO 1995 p. 7). Destacamos o que IMAGINÁRIO, (2004, p. 5) diz que “ os adultos, na sua maioria, não aprendem por aprender, mas sim para se tornarem capazes de enfrentar de uma maneira mais satisfatória obstáculos que a sua própria existência lhes coloca.”

Apesar do nosso trajeto profissional ser longo, não descuroamos qualquer oportunidade de transformar a vivência proposta em experiência dissecada, no decorrer da situação educativa. (JOSSO, 2009, p. 137) Isto remete-nos para a aprendizagem ao longo da vida que envolve construção, mudança e transformação do EU, pois reforma a forma de pensar e de fazer (NUNES 2007), ou seja, reconstrói a nossa visão do mundo.

Concordámos que “ (...) a natureza do conhecimento e a natureza da aprendizagem significativa, não só valorizam o indivíduo tornando-o mais eficiente na aquisição e produção do conhecimento, mas também contribuem para a sua autoestima (...) ”. (NOVAK, 1984, p. 10)

Isto remete-me para a aprendizagem ao longo da vida que constrói, muda e transforma o EU, pois modifica a forma de pensar e de fazer (NUNES 2007), ou seja, refaz a cada instante a nossa visão do mundo.

A Unidade Curricular “Narrativas de vida para os cuidados de enfermagem”, permitiu-nos relatar e partilhar a história da nossa vida em que fomos confrontados com vivências, mais marcantes que outras e ainda aquelas que tentámos esquecer. Permitindo-nos um olhar diferente, a sua reinterpretação e incorporação como experiências formadoras da pessoa que somos, sendo impossível apartar a pessoa que somos do profissional que se encontra em permanente construção e formação. Através da autoanálise e autorreflexão sobre os nossos comportamentos e cuidados prestados, podemos detetar falhas e colmatá-las contribuindo para melhorar a qualidade dos mesmos. Por outro lado permitiu-nos a experiência de estar no lugar do outro a quem cuidamos.

Tendo feito este estágio na unidade onde prestamos cuidados, permitiu-nos uma reflexão mais aprofundada e despertou-nos para possíveis fenómenos de transferência e contratransferência, baseados nas aulas do Módulo de Técnicas de Intervenção.

No que respeita à elaboração deste PIS constituiu-se como um investimento de natureza intelectual, que implicou muito esforço tanto na coordenação, o que implicou o termos que ultrapassar obstáculos e manter a determinação necessária para continuar.

Com o objetivo de haver um aperfeiçoamento e conhecimento quanto às novas substâncias que estão a surgir no mercado, frequentámos uma formação promovida pelo SICAD sobre “Adição sem substância”, o que possibilitou uma compreensão mais profunda sobre a relação que a pessoa adicta estabelece de forma dependente e que existe entre o consumo de SPA e sem consumo problemático de SPA.

Para o aperfeiçoamento e maior familiarização com a técnica utilizada durante o PIS, frequentamos uma formação promovida pelo SICAD que era sobre “Entrevista Motivacional”

7.3 INTEGRA EQUIPAS DE DESENVOLVIMENTO MULTIDISCIPLINAR DE FORMA PROATIVA

Esta competência relaciona-se com a integração de equipas multidisciplinares e consequente na aplicação dos conhecimentos relacionados com a área de especialização em Saúde Mental e Psiquiatria. Acreditamos que pode vir a ser ainda incrementada com base na experiência prática.

O reconhecimento das nossas competências foi sentido com os pedidos de aconselhamento e discussão de casos, feitos tanto por colegas, como por técnicos de referência das pessoas internadas e na reunião de discussão de casos clínicos em que nos sentimos mais apropriados e fundamentados para intervir.

No internamento tivemos a oportunidade de intervir com uma grávida, com problemas de vinculação ineficaz. A UC Enfermagem de Saúde Mental Materno-Infantil sustentou de modo satisfatório a intervenção de enfermagem que fizemos, pois o abandono que inicialmente pretendia fazer não se concretizou e ingressou na Comunidade Terapêutica de acordo com o projeto inicialmente estabelecido com o seu terapeuta de referência.

Recentemente fomos convidados a ingressar na equipa de Redução de Riscos e Minimização de Danos. Temos quinzenalmente um espaço de Aconselhamento da nossa inteira responsabilidade, com reconhecimento tanto da equipa multidisciplinar como das pessoas que acorrem à mesma.

7.4 AGE NO DESENVOLVIMENTO DA TOMADA DE DECISÃO E RACIOCÍNIO CONDUCENTES À CONSTRUÇÃO E APLICAÇÃO DE ARGUMENTOS RIGOROSOS

A tomada de decisão implica a reflexão sobre a prática e saber sobre o agir (NUNES, 2006). No decorrer do PIS a gestão e a tomada de decisão estiveram sempre presentes para podermos ter uma atuação consentânea com as necessidades individuais e ajustada ao grupo envolvido no processo.

Através da prática reflexiva, onde estava incorporada também a nossa experiência prática no contexto, foi feita a monitorização e a avaliação dos resultados o que permitiu perceber que as nossas intervenções resultaram em ganhos em saúde da pessoa adicta internada, conforme resultados demonstrados anteriormente.

Pensamos que a nossa intuição surgiu no momento da escolha da temática porque sentíamos que a motivação para o tratamento não era como aparentava ser, que a mesma poderia ser abordada de modo diferente, mas não tínhamos competências suficientes para modificar o problema de forma sustentada. BENNER (2001) menciona que uma enfermeira perita “(...) *tem uma enorme experiência compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções (...)*” (BENNER,2001,p.58).

Com este relatório e com esta avaliação das competências de Mestre, ficou demonstrado que realizámos uma avaliação de diagnóstico, com o planeamento de atividades dirigidas à problemática, com uma intervenção fundamentada e uma avaliação ajustada às necessidades detetadas e confirmadas. Mas foi o Decreto-lei 74/2006 de 24 de março que institui que, é o CMESMP que confere ao estudante competências profissionais diferenciadas para intervir, suportados na evidência, para o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos da Enfermagem de Saúde mental e Psiquiatria, e o preconizado pela OE (2001:10) “A tomada de decisão que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (...). (...) No processo de tomada de decisão em enfermagem (...), o enfermeiro incorpora os resultados de investigação na sua prática”, que tomaram possível esta conclusão.

Nesta intervenção também esteve sempre presente o que é referido pelo CDE (2009) “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”.

Referimos também a norma do REPE, que foi sempre considerada e que o ponto 1 do art.8º, cita que “No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”.

Um dos objetivos do trabalho era apresentar os ganhos em saúde atingidos, de forma a haver um investimento neste PIS e haver futuramente a sua aplicabilidade no serviço em causa. Presentemente com a possibilidade de haver mais recursos humanos destinados à equipa, já foi posta a hipótese do projeto ser implementado na rotina do serviço.

7.5 INICIA, CONTRIBUI E/OU SUSTENTA INVESTIGAÇÃO PARA PROMOVER A PRÁTICA DE ENFERMAGEM BASEADA NA EVIDÊNCIA

De acordo com a OE (2006), a investigação em Enfermagem é considerada como um processo sistemático, científico e rigoroso que estimula a procura do conhecimento no sentido de atingir respostas a questões ou a resolução de problemas, em benefício da pessoa, família, grupo ou comunidade. (Ordem dos Enfermeiros, 2006). A Alínea c) do Artigo 88.º do CDE no que se refere à excelência no exercício do enfermeiro outorga que “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente a aprofundada nas ciências humanas”

Para alcançar este propósito recorreremos à prática baseada na evidência que consiste num “método de resolução de problemas (...) que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência,

experiência e avaliação clínica, (...) no contexto do cuidar” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012, p. 10). Para sustentar cientificamente as nossas escolhas foi feita uma revisão exaustiva sobre o conhecimento atual da matéria e acatadas as guidelines internacionais sobre o tema, conforme exposto anteriormente. Concomitantemente tivemos sempre a preocupação com os aspetos éticos e uma prática reflexiva que consideramos uma componente essencial nos cuidados de saúde baseados na evidência, com a preocupação de não considerarmos como adquiridos os pressupostos pensados como certos e que norteiam por vezes a nossa prática diária em que fazemos avaliações de forma rotineira sobre o impacto e os resultados das interações e intervenções nos clientes (CRAIG e SMYTH, 2004, pp. 7-8), mas ao invés procuramos a dinâmica entre a teoria e a prática, que permitiu compreender melhor a realidade do cliente e da sua envolvência, que é atingida pelo problema em questão, procurando dar ao projeto uma especificidade investigativa e produtora de conhecimento. (TEÓFILO *et al*, 2010)

Confirmámos a importância da atualização científica e o benefício da incorporação dos resultados da investigação nas nossas práticas, com reflexos nos cuidados de enfermagem que podem evoluir no sentido da qualidade e da excelência e atenuar o hiato entre a investigação e a prática. Compete-nos enquanto profissionais responsáveis procurar que os nossos clientes beneficiem de cuidados que estejam consentâneos com a evidência científica mais recente. Para conseguir atingir o que pretendemos, recorremos ao pensamento crítico.

Com o CPLEE tivemos a oportunidade de ter acesso a conhecimentos nas diversas Unidades Curriculares (UC) e as Unidades Temáticas (UT) que as integravam, das quais destacamos, a UC Investigação com as UT: “Métodos de Tratamento de Informação”, “Bibliografia e Editologia”, “Trabalho de Projeto” e “Investigação em Enfermagem”. Que nos facultaram o aprofundamento do conhecimento e as habilidades necessárias para a aplicação de métodos quantitativos de tratamento da informação; a experiência das metodologias de pesquisa e as regras de referenciação das fontes consultadas assim como das regras de elaboração de trabalhos e de divulgação do conhecimento científico. Com a competência adquirida na Metodologia de Trabalho de Projeto, que do ponto de vista epistemológico é uma metodologia que vai ao encontro das preocupações sobre um determinado problema que se pretende resolver ou pelo menos minimizar, com etapas e que culminaram na produção deste projeto, a inclusão e aplicação de metodologias de investigação cientificamente apropriadas ao problema em estudo e os objetivos definidos, com ênfase na área da adição e na atuação da enfermagem assim como a disseminação dos resultados da investigação obtida, pretendendo que o mesmo seja propulsor para melhorar a práxis e se traduza em ganhos em saúde para o cliente.

A prática clínica deve orientar-se não só por códigos deontológicos, mas também basear-se numa conduta ética. Com este pressuposto, a ética arrogou-se também como a central na nossa tomada

de decisão, com o objetivo de assegurar uma prestação de cuidados de qualidade à pessoa e que respeitassem a Deontologia e a Ética.

Também queremos salientar a UC Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem, UT “Ética em Investigação”, que nos incitou para o enquadramento ético em investigação e possibilitou criar a relação entre os princípios éticos gerais, internacional e nacionalmente estabelecidos, com enfoque na realização e na divulgação da investigação em saúde em geral e em enfermagem em particular.

7.6 REALIZA ANÁLISE DIAGNÓSTICA, PLANEAMENTO, INTERVENÇÃO E AVALIAÇÃO NA FORMAÇÃO DOS PARES E COLABORADORES, INTEGRANDO FORMAÇÃO, A INVESTIGAÇÃO, AS POLITICAS DE SAÚDE E A ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE EM GERAL E EM ENFERMAGEM EM PARTICULAR

O conhecimento que é apreendido de forma significativa, com ligação entre os conceitos e através da descoberta, é um conhecimento que se administra e que se retém a longo prazo, mas o que se memoriza, só pode ser útil em algumas circunstâncias onde será repetido quase que mecanicamente (NOVAK 2000). A metodologia de educação para adultos, no contexto de formação no Curso de Mestrado, contribuiu para despertar para esse processo de aprendizagem autónomo e com auto orientação, que poderemos recorrer para aplicar diariamente, para ampliar e integrar conforme as necessidades e interesses. Para o Enfermeiro especialista permite o desenvolvimento de competências que facultem uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo autónomo e que o ajude a descobrir soluções para problemas de saúde complexos com espírito investigador e pensamento crítico. As competências em Enfermagem incluem uma combinação de dimensões variadas a nível de saberes científicos, organizacionais e técnicos, que se apoiam, em primeiro lugar, nas suas capacidades pessoais sendo-lhe exigido “a mobilização das capacidades pessoais e a mobilização dos seus saberes e saber-fazer aplicados aos cuidados de enfermagem” (PHANEUF 2005). De igual modo BENNER (2001) vê o exercício de enfermagem como “... um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática”. Concordámos com a mesma autora quando refere que “as práticas de cuidar precisam de ser apresentadas e recuperadas (tornadas públicas por forma a que possam ser legitimadas e valorizadas) porque elas sustentam as relações de confiança que tornam a promoção da saúde, a sua restauração e a reabilitação possíveis.” (BENNER, 2001, p. 16)

A transformação que operou em nós, ou seja uma interação entre saberes e uma integração aos contextos de trabalho é referida por DIAS (2004, p.58) que diz “é um processo de transformação individual que envolve a dimensão do Saber (conhecimentos), do Saber-Fazer (capacidades), do

Saber-Ser (atitudes e comportamentos) e do Saber-Aprender (evolução das situações e a permanente atualização e adaptação que estas exigem). Todos estes saberes são cruciais para que haja da parte do formando um Saber-Transformar, ou seja, uma interação entre estes saberes e uma adaptação aos contextos de trabalho”.

A enfermagem contém a unicidade de cada um, num determinado contexto, que terá a perícia com o decorrer do percurso profissional de cada um, mas para atingir a perícia tem que haver experiência (BENNER 2001), que poderá ser atingida com a intencionalidade reflexiva sobre as nossas práticas, ou seja, através da prática reflexiva que “é considerada como elemento-chave para a formação profissional, não só para principiantes, mas como um processo a ser desenvolvido de uma forma contínua” (WALDOW 2009, p. 185).

A orientação de estudantes de enfermagem em ensino clínico e de cursos de especialização, no nosso local de trabalho, permite-nos integrar os contributos anteriormente referidos, mas também, durante este percurso formativo, inteirar na nossa prática diária competências especializadas, respeitando o preconizado no CDE e REPE e tendo sempre presente as políticas de saúde que se relacionam com este contexto, que foram estudadas nas Unidades Temáticas de “Economia e Políticas de Saúde”, “Psicologia das Organizações”, “Capacitação e Saúde Global”, “Liderança de Equipas” e UT “Estratégias de Melhoria Contínua da Qualidade”, que forneceram subsídios relevantes para a aquisição de competências para a nossa prática diária.

Gostaríamos também de salientar a publicação do artigo feito em coautoria com colegas durante o CPLESMP, e que foi publicado na revista Toxicodependências, com o título “Risco de recaída numa amostra de adictos portugueses; da compreensão à intervenção”

O projeto de intervenção assim como os resultados obtidos foram apresentados à equipa multidisciplinar em sessão formativa, com feedback muito positivo.

8. CONCLUSÃO

Este relatório possibilitou proporcionar o conhecimento do percurso efetuado ao longo do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Este documento faz a síntese, não só do PIS desenvolvido, como também integrou a formação, reflexão e a aquisição competências de Mestre, que foram analisadas de forma crítica, na parte II deste trabalho.

Com o recurso à metodologia de Trabalho de Projeto e tendo por base a convergência entre a problemática e as especificidades do local de estágio, designadamente em matéria de recaídas/reinternamentos, vivenciada no nosso dia-a-dia profissional e causadora de desassossego definimos as questões de partida, que foram:

Qual a motivação da pessoa adicta para o tratamento, no sentido da transição para a abstinência?

Foi confirmado ao longo do PIS que a motivação para o tratamento se inscrevia com características preocupantes, dados os baixos níveis de motivação das pessoas adictas internadas.

Quais são as intervenções de enfermagem promotoras da motivação para o tratamento da pessoa adicta desenvolvidas pela equipa do contexto de estágio?

Ficou demonstrada a necessidade de intervenção de enfermagem que fosse impulsionadora da motivação uma vez que não existia no serviço uma intervenção estruturada e apoiada na evidência científica que pudesse ajudar a pessoa na suplementação do papel, confrontada com a transição vivenciada durante o internamento.

Quais são as melhorias que podem ser introduzidas no contexto de estágio em matéria de intervenções de enfermagem promotoras da motivação para o tratamento da pessoa adicta?

Com a intervenção proposta e perante os resultados obtidos na fase de avaliação, podemos inferir que há a possibilidade de se intervir e promover a adesão ao tratamento na pessoa adicta internada na UD, colhendo subsídios que sejam facilitadores da motivação para o tratamento.

Na realização do PIS, identificámos problemas, traçámos os objetivos, diligenciámos a evidência científica que sustentasse as opções, implementámos as intervenções de qualidade, que concorressem para colmatar os problemas identificados.

Imbuídos pela busca incessante de conhecimentos atualizados e da convergência entre as competências teórico-práticas adquiridas ao longo da vida, as competências comuns e específicas adquiridas aquando do CPLEESMP e as atividades desenvolvidas e fundamentadas nos contextos, podemos considerarmo-nos aptos a afirmar que adquirimos o perfil das competências de Mestre em Enfermagem, tendo como orientação o regulamento do CMESMP de fevereiro de 2011, do ESS, IPS.

As limitações já referenciadas anteriormente, concorreram também para nos conhecermos melhor, enquanto pessoas e profissionais, e aprendemos a controlar sentimentos e emoções que pudessem “conspurar” a relação terapêutica conseguida, com especial ênfase aos fenómenos de transferência e contra transferência.

Quanto ao futuro, é nossa intenção continuar a contribuir para a qualidade dos cuidados, sustentados nos padrões de qualidade emitidos para a área de Saúde Mental e Psiquiatria, procurando a excelência do cuidar.

Pretendemos igualmente continuar a contribuir para a formação de pares e dos estudantes de enfermagem, com demonstrações de prestação de cuidados rigorosos e ímpares, com a atualização científica adequada, com recurso ao pensamento crítico e no investimento em temáticas pertinentes e úteis que possam contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas que cuidamos.

9. BIBLIOGRAFIA

- ABRAMS D B, NIAURA R S, BROW R A, EMMONS K M, GOLDENSTEIN M G, MONTI P M. *The Tobacco Dependence Treatment Handbook: A Guide to Best Practices*. The Guilford Press; 2003.
- ABREU, W.C. Supervisão Clínica em Enfermagem: Pensar as Práticas, Gerir a Formação e Promover a Qualidade. Sinais Vitais, 45, (2002), 53-57.
- ALLOP S, SAUNDERS B, PHILLIPS M, CARR A. *A trial of relapse prevention with severely dependent male problem drinkers*. [Em linha] Addiction. Jan;92(1): (1997), p. 61-73. [Consult. Abril de 2011]. Disponível em WWW:<URL:>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9060198>.
- ÁLVAREZ, M. A; ARMANDO. "Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo". [Em linha] Jornal Brasileiro Psiquiatria, 56 (3): (2007), p. 188-193. [Consult. Abril de 2011]. Disponível em WWW:<URL:><http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n3/a06v56n3.pdf>.
- ALVES, M. *Etapas da metodologia de Projeto*. O Professor, Vol. 85. 2004, p. 30-37
- ANDRÉ, ORLANDO; ROSA, DANIEL – "Qualidade dos cuidados de saúde" IN Enfermagem Oncológica, 1,3, (1997), p. 23-33.
- ANDRETA, I. & OLIVEIRA, M. S. A Entrevista Motivacional em Adolescentes Usuários de Droga que Cometeram Ato Infracional. [Em linha] Psicologia: Reflexão e Crítica, 24 (2), (2011), p. 218-226. [Consult. Abril de 2011]. Disponível em WWW:<URL:><http://www.scielo.br/pdf/prc/v24n2/02.pdf>.
- BABOR, T. F.; MCREE, B. G.; KASSEBAUM, P. A., GRIMALDI, P., AHMED, K., BRAY, J. - 'Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse' [Em linha], Substance Abuse, 28(3), (2007), p. 7–30. [Consult. Abril de 2011]. Disponível WWW:<URL:>
http://www.samhsa.gov/sites/default/files/sbirtwhitepaper_0.pdf
- BANDURA, A. - Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Rev; 84(2): (1977), p. 191-215.

- BANDURA, A. - *A social cognitive approach to the exercise of control of AIDS infection*. In., ed. Adolescent and AIDS: A Generation in Jeopardy. Newbury Park, CA: SAGE, 1992; p. 89-116.
- BANDURA, A. - *Social Cognitive Theory and exercise of control over HIV Infection*. In: DICLEMENTE, R.J.; PETERSON, J. (Eds.). - Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions. New York: Plenum, 1994, p.25-59.
- BARNETT, E., SUSSMAN, S., SMITH, C., ROHRBACH, L. A. and SPRUIJT-METZ, D. - MOTIVATIONAL INTERVIEWING FOR ADOLESCENT SUBSTANCE USE: A REVIEW OF THE LITERATURE, Addictive Behaviors 37(12), (2012), p. 1325–34 (PM: 22958865).
- BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, F. B., & EMERY, E – *Terapia Cognitiva da Depressão*. Artmed: S. Paulo. 1997. ISBN: 85-7307-248-2.
- BECK A.T, RUSH A.J, SHAW B.F., EMERY G.-*Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: Artmed. 1998.
- BECOÑA E., CORTÉS M, PEDRERO, E. J., FERNÁNDEZ-HERMIDA, J. R., CASETE, L., BERMEJO, P., SECADES, R. y TOMÁS, V - Guía CLÍNICA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ADICCIONES. GUÍAS CLÍNICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA. [Em linha]. Barcelona: *SOCIDROGALCOHOL*. (2008). [Consult. 10 Abril de 2013]. Disponível em WWW:<URL:><http://pt.scribd.com/doc/174028669/Guia-Clinica-de-Intervencion-Psicologica-en-Adicciones-Elisardo-Becona-Iglesias#scribd>
- BECOÑA, E. y VÁSQUEZ, F.L. *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. Madrid: Síntesis. 2001.
- BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle; MADEIRA, Maria Adelaide. *Pessoas idosas: uma abordagem global: processo de enfermagem por necessidades*. Lisboa. Lusodidacta. 1995.
- BENNER, P. *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora. 2001.

- BENNET, P., & MURPHY, S. *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa: Climepsi. 1999.
- BIANCULLI, Carlos H. Realidad y propuestas para continencia de la transición adolescente en nuestro medio. Adolescência. Latino americana, 1, (1997), p.31-39.
- BOGDAN, R; BIKLEN, S. – *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora, 1991. ISBN: 972-0-34112-2.
- BRADIZZA, Clara M.; STASIEWICZ, Paul R. Integrating substance abuse treatment for the seriously mentally ill into inpatient psychiatric treatment. Journal of substance abuse treatment, 14.2: (1997), p. 103-111.
- BRADY, Kathleen T.; RANDALL, Carrie L. Gender differences in substance use disorders. Psychiatric Clinics of North America, 22.2: (1999), p. 241-252.
- BRANDON T H, VIDRINE J I, LITVIN E B. Relapse and relapse prevention. Annu Rev Clin Psychol 3: (2007) p. 257-284.
- BROWNELL, K. D., MARLATT, G. A., LICHTENSTEIN, E., & WILSON, G. T. Understanding and preventing relapse. American psychologist, 41.7. (1986), p. 765.
- BUCHER, R., FARES, A.T., PELEGRINE, R., MENEZES, R. & CARMO, R.A. Avaliação qualitativa dos atendimentos [Resumo]. Em CETAD/UFBa (Orgs.) Seminário Internacional: *O Uso e o Abuso de Drogas*, (p. 53). Salvador: CETAD/UFBa. 1995.
- BUCHELLE, F., MARCATTI, M., & RABELO, D. R. Dependência química e prevenção à "recaída". Texto & Contexto Enfermagem, 13 (2), (2004), p. 233-240.
- BUNTON, BALDWIN, FLYNN e WHITELOW, The 'stages of change' model in health promotion: science and ideology. [Em linha]. Critical Public Health, 10.1: (2000), p. 55-70. [Consult. Maio de 2013]. Disponível WWW: <URL: https://www.researchgate.net/profile/Darren_Flynn/publication/233620895_The_stages_of_change_model_in_health_promotion_Science_and_Ideology/links/54a721ff0cf267bdb90a0b27.pdf

- BURKE, B.L.; ARKOWITZ, H.; MENCHOLA, M.- The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. J Consult Clin Psychol.71 (5): (2003), p. 843–861.
- CABALLO, V. *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. 2ª Ed., Vol. 2. Madrid: España Siglo XXI. 2008.
- CALHEIROS, P., ANDRETTA, I. E., OLIVEIRA, M.- Avaliação da motivação para mudança nos comportamentos adictivos. In: Temas em Psicologia Clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- CÂMARA, J.- Personalidade e Toxicodependência. *XI Jornadas de Pós-Graduação em Psiquiatria*. Lisboa, 1994. In Coletânea de Textos do Cat das Taipas, V.2, 1995.
- CASTRO, Lisete B; RICARDO, Maria M. C. – *Gerir o Trabalho de Projecto: um manual para professores e formandos*. 3ª Ed. Lisboa: Texto Editora, 1993. ISBN 972-47-0396-7.
- CHAVES, T. V., SANCHEZ, Z. M., RIBEIRO, L. A., e NAPPO, S. A. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. [Em linha]. Rev Saúde Pública, 45.6: (2011), p. 1168-1175. [Consult. Maio de 2015]. Disponível em WWW:<URL:><http://www.scielo.org/pdf/rsp/2011nahead/2774.pdf>.
- CHIAVENATO, I. *Recursos Humanos na empresa*. Vol.1. São Paulo: Atlas. 1989.
- CHICK, N.; MELEIS, A.I. - Transitions: a nursing concern. In: CHINN, P. L. Nursing research methodology. Rockville: Aspen, (1986). p. 237-257.
- Código Deontológico do Enfermeiro. In Servir. Vol. 56, Nº 2. Lisboa: SEP. Março/Abril, 1998. ISSN: 0871-2370.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – Combater a Desigualdade: Da evidência à ação [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros, 2012. [Consult. 9 Jan. 2013]. Disponível em WWW:<URL:>http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/IND%20Kit%202012%20FINAL%20Portugu%C3%AAs_VFinal_correto.pdf

- CONNOR, G.J; DONOVAN, D.M.; DICLEMENTI, C.C. - *Substance Abuse Treatment and The Stages of Change: Selecting and Planning Interventions*. New York. The Guilford Press. 2001.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento. [Em linha]. – *Catálogo de classificação internacional para a prática de enfermagem*. (2009). [Consult. Fevereiro de 2012], em Ordem dos Enfermeiros: Disponível em WWW:<URL:><https://membros.ordemenfermeiros.pt/Publicacoes/Documents/cadernosoeboapratica.pdf>.
- CORDO, M. *Reabilitação de Pessoas com Doença Mental – Das Famílias para a Instituição, da Instituição para a Família*. Lisboa: Climepsi Editores. 2003.
- COSTA, N.F; ROCHA, A.A. - Aspectos Cognitivos do tratamento de toxicodependentes ou a saúde como um estado incompleto de bem estar...Toxicodependências, V. 6, nº.2 (2000), p.55-65.
- COUCEIRO, Maria do Loreto Paiva – *Autoformação e contexto profissional*. Formar. 6-15. 1995. ISSN 0872-4989.
- CRAIG, J., SMYTH, R – *Prática baseada nas evidências: manual para enfermeiros*. Loures, Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda. 2003.
- DART, M. Motivational Interviewing in Nursing Practice: Empowering the Patient. Sudbury, Jones and Bartlet publishers. (2011). ISBN 978-0-7637-7385-4.
- DIÁRIO da REPÚBLICA, 1.ª série - N.º 122 - 27 de junho de 2013. Portaria n.º 211/2013 de 27 de junho.
- DIÁRIO da REPÚBLICA, 2.ª série - N.º 37 - 21 de fevereiro de 2014. Despacho n.º 2976/2014 de 21 de fevereiro.

- DIAS, José M. - *Formadores: Que Desempenho?* Loures: Lusociência, 2004. 197 p. ISBN 972-8383-75-4
- Di CLEMENTE, C. C.; SCHLUNDT, B. S.; GEMMELL, L. Readiness and stages of change in addiction treatment. American Journal on Addictions. Colorado, v. 13, n. 2, (2004), p. 103-119.
- Di CLEMENTE, C.C., STORY, M. & MURRAY, K. On a roll: The process of initiation and cessation of problem gambling among adolescents. Journal of Gambling Studies, 16, (2/3), (2000), p. 289–313.
- DRIESCHNER KH, LAMMERS SMM, VAN der Staak CPF. Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. Clinical Psychology Review. 23, (2004), p. 1115–1137.
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADITTION-. *The role of psychosocial interventions in drug treatment*. [Em linha]. (2015) [Consult. Outubro de 2015]. Disponível em WWW:<URL:><http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/psychosocial-interventions>
- DUNN, Eric C.; NEIGHBORS, Clayton; LARIMER, Mary. E. Motivational enhancement therapy and self-help treatment for binge eaters. Psychology of Addictive Behaviors, [Em linha], 20(1), (2006), p. 44-52. [Consult. Janeiro 2012]. Disponível em WWW:<URL:><http://psycnet.apa.org/psycinfo/2006-03168-005>.
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADITTION- *Contingency management for substance-dependent patients in treatment* [Em linha], EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg, (2015b). [Consult. Outubro de 2015]. Disponível em WWW:<URL:><http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/psychosocial-interventions>
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADITTION- *Treatment demand*. [Em linha]. (2013). [Consult. Outubro de 2015]. Disponível em WWW:<URL:><http://www.emcdda.europa.eu/countries/portugal#TreatmentdemandData>.

- FERREIRA-BORGES, C., & FILHO, C. H. *Intervenções Breves: Álcool e Outras Drogas – Manual Técnico 5*. Lisboa: Climepsi Editores (p. 62). 2007.
- FERREIRA-BORGES, Carina; CUNHA FILHO, Hilson - *Usos, Abusos e Dependências: Alcoolismo e Toxicodependência*. Lisboa: Climepsi Editores, 2007. p. 428. ISBN 972-796-150-9.
- FERROS, L. Jovens, drogas e famílias. Uma breve revisão da literatura. Revista Toxicodependências, 9, nº2, (2003), p. 71-83.
- FIGLIE, N., FONTES, A., MORAES, E., & PAYÁ, R. Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicossociais: necessitam de um olhar especial? Revista de Psiquiatria Clínica, 31, (2004), p.53-62.
- FIGLIE NB; LARANJEIRA R.- Gerenciamento de caso aplicado ao tratamento da dependência do álcool. Revista Brasileira Psiquiatria, 26(1), (2004), p. 63-67.
- FLEMING, M. *Família e toxicodependência*. Lisboa: Afrontamento. 1996.
- FORTIN, M. *O processo de investigação: da concepção à realização*. Camarate: Lusociência. 1999.
- FRAZÃO, C., PEREIRA, E., MAGALHÃES, C., TELES, L.- *O carrossel da vida: histórias do agarrar*. Climepsi: Lisboa, 2005.
- FREIRE P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1975.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática docente*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- GUILLÉN, A. I. y MAÑOSO, V. La entrevista motivacional: revisión de su eficacia en el ámbito de las conductas adictivas. [Em linha]. Interpsiquis. (2004). [Consultado Maio 2014]. Disponível em WWW:<URL:>www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/15095/.

- GUERRA, Isabel. *Introdução à metodologia de projecto*. Lisboa, Centro de, 1994.
- GUERRA, I. *Fundamentos e processos de uma sociologia da ação: O planeamento em Ciências Sociais*. Cascais: Editora Principia, 2002.
- GUIMARÃES, C., SANTOS, D., FREITAS, R., & ARAÚJO, R. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). [Em linha]. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 20 (2), (2008), p.101-108. [Consult. Outubro de 2015]. Disponível em WWW:<URL:><http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n2/v30n2a05>.
- GONÇALVES, A. M. S.- *Estudo dos níveis motivacionais em relação ao uso de substâncias psicoativas e a espiritualidade* [Em linha], (Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil), (2008). [Consultado Maio 20014]. Disponível em WWW:<URL:><file:///E:/TESES%20IPS/ANGELICAMARTINSDESOUZAGONCALVES.pdf>
- GONÇALVES, V; JANUÁRIO, M. Instrumento para mensuração de atitudes frente ao processo de avaliação de desempenho. Rev Bras Enferm, 58, (2005), p. 5: 563-7.
- HALL, K. L. y ROSSI, J. S. Meta-analytic examination of the strong and weak principles across 48 health behaviors. Preventive Medicine, 46, (2008), p. 266-274.
- HEATHER, N., ROLLNICK, S., Bell, A. y Richmond, R. Effects of brief counselling among male heavy drinkers identified on general hospital wards. Drug & Alcohol Review, 15, (1996), p. 29-38.
- HENDERSHOT C S, WITKIEWITZ K, GEORGE WH, MARLATT GA. Relapse prevention for addictive behaviors. Subst Abuse Treat Prev Policy. (2011), p. 6:6-17.
- HENDERSON, M. J., SAULES, K. K., & GALEN, L. W. The predictive validity of the University of Rhode Island Change Assessment questionnaire in a heroin-addicted polysubstance abuse sample. Psychology of Addictive Behaviors, Washington: APA Publications, 18, 2, (2004), p.106-112.

- HETTEMA, J., STEELE, J. y MILLER, W. R. Motivational interviewing. Annual Review of Clinical Psychology, 1, (2005), p. 91-111.
- HESBEEN, W. Qualidade em Enfermagem - *Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Camarate, Lusociência. 2001.
- HODGINS, David C., EL-GUEBALY, Nady, ADDINGTON, Jean. Treatment of substance abusers: single or mixed gender programs? Addiction, 92, 7, (1997), p. 805-812. DOI: 10.1111/j.1360-0443.1997.tb02949.x
- HOLDER, H. D., LONGABAUGH, R., MILLER, W. R. y RUBONIS, A. V. The cost effectiveness of treatment for alcohol problems: A first approximation. Journal of Studies on Alcohol, 52, (1991), p. 517-540.
- HOLMES, Colin A.; WARELOW, Philip J. Culture, needs and nursing: A critical theory approach. Journal of advanced Nursing, 25.3, (1997), p. 463-470.
- HUBBARD, R.L., CRADDOCK, S.G. y ANDERSON, J. Overview of 5-year follow-up outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). Journal of Substance Abuse Treatment, 25, (2003), p. 125-34.
- INSTITUTO da DROGA e da TOXICODEPENDENCIA. *Plano Nacional contra a Droga e as Toxicoddependências*, 2005-2012. Lisboa, IDT, I.P. 2005
- INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL – Escola Superior de Saúde – *Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal*. Setúbal, 2011.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). *International Classification for Nursing Practice* – Beta. Geneva: ICN; 1999.
- IMAGINARIO, L. Andragogia. Formar – revista dos formadores, 46/50, (2004), p. 3-9.

- JANEIRO, Luís - Motivação para o tratamento: dados psicométricos da escala Sócrates 8D; estratégia psicoterapêutica para motivar para o tratamento / Luís Janeiro, Luís Faisca-7º Congresso nacional de psicologia da saúde : Intervenção em Psicologia e Saúde: Actas / Editado por José Luís Pais, [et. al.] - 1ª ed. - Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, (2008), p. 351-354.
- JERREL, J. M.; RIDGELY, M. S.-Comparative effectiveness of three approaches to serving people with severe mental illness and substance abuse disorders. J Nerv Ment Dis, V. 183, (1995), p. 566-576.
- JOE, G. W., SIMPSON, D. D., & BROOME K. M. Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. Addiction, 93(8), (1988), p. 1177-1190.
- JONES, B.T., CORBIN, W., FROMME, K.-A review of expectancy theory and alcohol consumption. Addiction, 96, (2001), p. 57-72.
- JOSSO, M.- Caminhar para Si: Uma Perspectiva de Formação de Adultos e de Professores. Revista @mbienteeducação, 2, (2009), p. 136-139.
- JUNGEMAN, F., & Laranjeira, R. Entrevista motivacional: bases teóricas e práticas. Jornal Brasileiro Psiquiatria, 48 (5), (1999), p.197-207.
- KLAG, Stefanie; O'CALLAGHAN, Frances; CREED, Peter. The use of legal coercion in the treatment of substance abusers: An overview and critical analysis of thirty years of research. Substance use & misuse, 40.12: (2005), p. 1777-1795.
- KLEBER, H D.; ALANTER, M G, BRADY, K (ed.). *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment*. American Psychiatric Pub. Location: KGH Library RIH Library. 2014. ISBN: 9781585624720.
- LEITE, S.N., VASCONCELLOS, M.P.C.,- Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Ciências & Saúde Coletiva. 8 (3), (2003), p. 775-82.

- LEITE, Elvira; MALPIQUE, Manuela; SANTOS, Milice Ribeiro dos - *Trabalho de Projeto I - Aprender por Projectos Centrados em Problemas*. Porto. Afrontamento, 1989.
- LINKS, P. S. - Developing effective services for patients with personality disorders. Can J Psychiatry, 43, 3, (1998), p.9-251.
- LYNCH, WJ; TAYLOR, JR. Persistent changes in motivation to self-administer cocaine following modulation of cyclic AMP-dependent protein kinase A (PKA) activity in the nucleus accumbens. European Journal of Neuroscience, 22, 5: (2005), p. 1214-1220.
- LITT M D, KADDEN R M, COONEY NL, KABELAE. Coping Skills and Treatment Outcomes in Cognitive–Behavioral and Interactional Group Therapy for Alcoholism. J Consult Clin Psychol. 71(1), (2003), 118-28.
- LUNDAHL, B., BURKE, B. L. The Effectiveness and Applicability of Motivational Interviewing: A Practice – Friendly Review of Four Meta-Analyses. Journal of clinical Psychology. 65 (11), (2009), p. 1232-1245.
- MADSON, M B., LOIGNON, A C., LANE, C. Training in motivational interviewing: A systematic review. Journal of substance abuse treatment, 36.1: (2009), p. 101-109.
- MALDONADO MT; CANELLA P.- *Recursos de relacionamento para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2003.
- MÃO DE FERRO, A – *Na rota da pedagogia*. Lisboa: Edições Colibri, 1999. ISBN 972-772-069-2.
- MARLATT, G. A. La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. In M. Casas y M. Gossop (coord.), *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias* Barcelona: Ediciones en Neurociencias, Citran. (1993), p. 137-159.
- MARLATT, G. Alan; DONOVAN, Denis M- *Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos aditivos*. 2ª Ed., Porto Alegre: Artmed, 2009.

- MARLATT, G. A. The controlled-drinking controversy: A commentary. [Em linha]. American Psychologist, 38 (10), (1983), p. 1097-1110. [Consultado Maio 20012]. Disponível em WWW:<URL:><http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.38.10.1097>
- MARLLATT, G. A., GORDON, J. R - *Relapse prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press, 1985.
- MARLATT, G.A.; GEORGE, W.H. - Relapse prevention: Introduction and overview of the model. British Journal of Addiction. 79, (1984), p.261-273.
- MARLATT, G. & GORDON, J. *Prevenção da recaída. Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos* (D. Batista, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, p. 64-113.
- MARQUES M E, LOURENÇO P, COSTA S, Risco de recaída numa amostra de adictos portugueses; da compreensão à intervenção REVISTA TOXICODEPENDÊNCIAS EDIÇÃO IDT, 17; 2, (2011), p. 77-83
- MELEIS, A I., SAWYER, L. M.; IM, E-O; HILFINGER M, D, SCHUMACHER, K – Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory. Advances Nursing Sciences. 23, 1, (2000), p.12-28.
- MELEIS, A. I. – Transitions Theory: Middle-Range and Stuation- SpecificnTheories In Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company, (2010). ISBN: 10.9780826105356.
- MELEIS, A.I. – *Theoretical Nursing: development and progress*. 4ª Ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins, 2007.
- MIDENCE, K., MYERS, LB.- *Adherence to treatment in medical conditions*: Taylor & Francis Books, 1998.
- MILBY, J. B. *A dependência de drogas e seu tratamento*. São Paulo: Pioneira: Editora da Universidade de São Paulo. 1988.

- MILLER, W.R. - Motivational interviewing with problem drinkers. Behavioural Psychotherapy, 11, (1983), p.147-172.
- MILLER, W. R., & ROLLNICK, S. Motivational interviewing: Helping people change (3rd ed.). New York: Guilford Press. (2013).
- MILLER, W.; ROLLNICK, S.-*Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press, 1991.
- MILLER, W.; ROLLNICK, S.-*Entrevista motivacional: Preparando as pessoas para mudança de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.
- MILLER, W.R.; ROLLNICK, S.-*Ambivalence: The Dilemma of Change. Motivational Interviewing: preparing people for change*. New York: Guilford Press, 2002, p.13-19.
- MILLER, W. R., WESTERBERG, V. S., HARRIS, R. J, & TONIGAN, J. S. "What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models". *Journal of Nervous e Mental Disease: Addiction*, 91 (Suppl. 188), (1996), p. 155-171.
- MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR Decreto-Lei Nº 74/2006 de 24 de Março.
- MOGGI, F., [et al.]-Effectiveness of treatment for substance abuse and dependence for dual diagnosis patients: a model of treatment factors associated with one-year outcomes. J Stud Alcohol.60, 6 (1999), p. 856-866
- MUNRO, S. and BAKER, J. A. Surveying the attitudes of acute mental health nurses. [Em linha]. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14: (2007), p. 196–202. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01063.x. Disponível em WWW:<URL:><http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2850.2007.01063.x/full>
- NATIONAL INSTITUTE ON DRUGS ABUSE *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based* [Em linha].Guide (Third Edition), Bethesda, Maryland, USA, 1998.

[Consult. Março de 2011]. Disponível em

WWW:<URL:><http://www.nida.nih.gov/TXManuals/CBT/CBT3.html>

- NETO, Domingos – *Deixar a Droga: Tratamento para os anos 90*. Edições 70: Lisboa, 1990.
- NETO, Ana Paula – *O Processo de Reinserção Sócio-Laboral*. Trabalho apresentado no I encontro regional do Algarve do IDT, em 2009. (Trabalho não publicado).
- NIDA [National Institute on Drug Abuse]- Princípios de Tratamento da Dependência Química. [Em linha]. Conferência Nacional de Tratamento de Dependência em Drogas: da Pesquisa à Prática. Bethesda, Maryland, USA, 1998 .[Consult. Março de 2011]. Disponível em WWW:<URL:>: <http://www.nida.nih.gov/TXManuals/CBT/CBT3.html>
- NYAMATHI, A., SHOPTAW, S., & COHEN, A. Effect of motivational interviewing on reduction alcohol use. Drug and Alcohol Dependence 107, (2010). p. 23-30.
- NOVAK, J. - *Aprender a Aprender*. Lisboa: Plátano - Edições Técnicas, 1984.
- NOVAK, Joseph D. – *Aprender, Criar e Utilizar o Conhecimento*. 1ª Edição. Lisboa: Plátano Edições Técnicas, 2000. ISBN 972-707-279-8
- NUNES, Lucília – Janelas da aprendizagem ao longo da vida. Percursos. [Em linha]. 2:3 (2007), p. 6-22 [Consult. Março 2015]. Disponível em WWW:<URL:>http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9016/1/Revista%20Percursos%20n03_Educa%C3%A7%C3%A3o%20Janelas%20da%20Aprendizagem%20ao%20Longo%20da%20Vida.pdf
- OGDEN, Jane – *Psicologia da Saúde – Manuais universitários 11*. 2ª edição. Lisboa: Climepsi editores, 2004. ISBN: 972-796-092-8.
- OLIEVENSTEIN, C. VALLEUER, M.; MEGE, J.Y. GERAUD, B. ANGEL, S. P. ANGEL & PERPÉRE, A. *A clínica do toxicómano: A falta da falta*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1989.
- OLIVEIRA, V. Z., & GOMES, W. B. O adolescer em jovens portadores de doenças orgânicas crônicas. [Em linha]. In W. B. Gomes (Org.), Fenomenologia e pesquisa em

psicologia (1998), p. 97-133. Porto Alegre: Editora da Universidade. [Consult. Março 2015]. Disponível em WWW:<URL:><http://www.ufrgs.br/museupsi/lafec/a1998c.htm>

- OLIVEIRA, M., LARANJEIRA R., ARAÚJO. R. B., CAMILO, R. L., & SCHNEIDER, D. D. Estudo dos Estágios Motivacionais em Sujeitos Adultos Dependentes do Álcool. Psicologia Reflexão e Crítica, 16 (2), (2003), p. 265-270.
- OLIVEIRA, H. P., Jr., & MALBERGIER, A.,. Avaliação da motivação para tratamento em pacientes dependentes de álcool que procuram tratamento em um serviço médico especializado. Revista Brasileira de Psiquiatria, 25 (1), (2003), p. 5-10.
- OLIVEIRA, L G; NAPPO, S A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. [Em linha]. Revista de Saúde Pública, 42.4: (2008), p. 664-671. [Consult Novembro 2015]. Disponível em WWW:[URL: http://www.scielo.org/pdf/rsp/v42n4/en_6645.pdf](http://www.scielo.org/pdf/rsp/v42n4/en_6645.pdf)
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - REPE- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. [Em linha]. 1998. [Consult. Abril de 2011]. Disponível em WWW:<URL:><http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documentos/REPE.pdf>
- ORDEM dos ENFERMEIROS – Investigação em enfermagem: tomada de posição. [Em linha]. Lisboa, (2006). [Consult.Maio 2011]. Disponível em WWW:<URL:><http://www.ordemenfermeiros.pt>
- ORDEM dos ENFERMEIROS. Desenvolvimento Profissional – Individualização das Especialidades em Enfermagem. Revista Ordem dos Enfermeiros, 26 (supl.), (2007), p. 9-20.
- ORDEM dos ENFERMEIROS. Código deontológico do enfermeiro. Estatuto da OE. (2009b). Anexo ao Decreto-Lei nº 111/2009 de 16 de setembro. Lisboa, Portugal: OE.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Modelo de desenvolvimento profissional: processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências. [Em linha]. (2010) [Consult. Junho 2012]. Disponível em WWW:<URL:><http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/cadernostematicos1.pdf>

- ORDEM dos ENFERMEIROS. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. [Em linha]. Lisboa. (2010). [Consult. Outubro2013]. Disponível em WWW:<URL:>
<http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Paginas/ClassificacaoInternacionalPraticaEnfermagem.aspx>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental. [Em linha]. (2011). Ordem dos Enfermeiros. [Consult. Julho de 2012], Disponível em WWW:<URL:>
<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL de SAÚDE. Relatório Mundial de Saúde – Saúde Mental: nova compreensão, nova esperança. [Em linha]. (2001). Direção Geral de Saúde. [Consult. Maio 2011]. Disponível em
WWW:<URL:><http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL de SAÚDE. Recomendações da Conferência de Adelaide: Políticas Favoráveis à Saúde. [Em linha]. Adelaide: (1988). Organização Mundial de Saúde. [Consult. Junho 2011]. Disponível em
WWW:<URL:>http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1
- ORSI, M. M; OLIVEIRA, M da S. Avaliando a motivação para mudança em dependentes de cocaína. [Em linha]. *Estud. psicol.(Campinas)*, 23.1: (2006), p. 3-12. [Consult. Junho 2012]. Disponível em WWW:<URL:>http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2006000100001
- PATRICIO, L.D. *Os profissionais de saúde e a droga*. (1ªed.) Lisboa: Artes gráficas, 1991.
- PATRÍCIO, Luís- *Droga, para que se saiba*. Lisboa: Figueirinhas, 2002.
- PHANEUF, M. Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação. Loures: Lusociência. 2005.

- POLIT, D. [et al.] – *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2004. ISBN: 0-7817-2557-7.
- Portaria n.º 27/2013, de 24 de janeiro. Diário da República, 1.ª série - N.º 17 - (Janeiro de 2013), p. 491-495.
- PRATTA, E M M; SANTOS, M A - O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. [Em linha]. *Psicologia Teoria e Pesquisa*. Brasília, (2009). [Consult. Abril 2011]. Disponível em WWW:<URL:><http://www.scielo.br/ptp/v25n2/a08v25n2.pdf>
- PROCHASKA, J. O., & VELICER, W. F. *The transtheoretical model of health behavior change*. *American journal of health promotion*, 12(1), 38-48. 1997
- PROCHASKA J. O; DICLEMENTE C. C.-Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. Vol. 19, nº3(1982), p. 161-173.
- PROCHASCA, J.O.; Di CLEMENTE, C.C.; and NORCROSS, J.C. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 47(9):1102-1114, 1992.
- PROCHASKA JJ, PROCHASKA JM. Multiple risk behavior change: what most individuals need. In: Okene J, Riekert K, Shumaker S, editors. *The Handbook of Health Behavior Change*. 3. New York, NY: Springer; 2008.
- RANGÉ BP & MARLATT GA Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas *Rev Bras Psiquiatr*;30(Supl II):S88-95, 2008.
- RECIO A, JUAN-LUIS, et al. El papel de la familia, los compañeros y la escuela en el abuso de drogas adolescente . *Cruz Roja Española* de 1991.
- Regulamento n.º 356/2015 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República, 2.ª série - N.º 122.- (25 de junho de 2015) p. 17034-17040.

- Regulamento 129_2011_CompetenciasEspecifEnfSMental. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011. [Em linha]. [Consult. Junho 2012]. Disponível WWW: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20129_2011_CompetenciasEspecifEnfSMental.pdf
- Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria – Departamento de Enfermagem, Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde – NUNES, Lucília; LOPES, Joaquim – Setúbal, 2011.
- RESENDE, G. L. D., AMARAL, V. L., BANDEIRA, M., GOMIDE, A. D. T. S., & ANDRAD, E. M. R. Análise da prontidão para o tratamento em alcoolistas em um centro de tratamento. Revista de Psiquiatria Clínica, 32 (4), (2005), p. 211-217.
- RIES, R. K., [et al.]- Shorter hospital stays and more rapid improvement among patients with schizophrenia and substance disorders. Psychiatr Serv, 51, 2 (2000), p. 210-215.
- RIGONI, M. S., OLIVEIRA, M. S., SUSIN, N., SAYAGO, C., & FELDENS, A. C. M. Prontidão para mudança e alterações das funções cognitivas em alcoolistas. [Em linha]. Psicologia em Estudo, 14 (4), (2009), p. 739-747. [Consult.]. Disponível em WWW:<URL:> http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000100018.
- RIGOTTO, S.D. GOMES, W.B.-Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 18, 1 (2002), p.95-106.
- RODRIGUES, M.; TEIXEIRA, Z. A. M.- Da “FALTA DE FORÇA DE VONTADE” AO EMPOWERMENT NA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL. Revista toxicodependências, 16 (1), (2010), p. 57-64.
- RODRIGUES A, PISSARA A, MARQUES F, MOURÃO M, MENDES M, FREIRE REVISTA TOXICODEPENDÊNCIAS. EDIÇÃO IDT, 17 3 (2011), p. 37-46.
- ROLLNICK, S.; KINNERSLEY, P.; STOTT, N.-Methods of helping patients with behaviour change. BMJ. London: BMJGroups. V. 307 (1993), p. 188-190

- ROLLNICK, S. y MILLER, W. R. What is motivational interviewing? Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23, (1995), p. 325-334.
- ROLLNICK, S., W.R. MILLER C.C.B. *Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior* Guilford Press, New York. 2008.
- ROSA, A. *Toxicodependência: Manter a Abstinência... Prevenir a Recaída*. 1ª Ed. Coimbra: Ediliber. 1998.
- ROWLAND, N. Counselling and counselling skills. In Mike Sheldon (Ed.), Counselling in general practice London: Royal College of General Practitioners, Clinical Series (1992), p. 1-7.
- RUBAK, Sune, et al. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract, 55.513: (2005), p. 305-312.
- RUGGERI, M. Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 29, (1994), p. 212-227.
- RUIVO, A; FERRITO, C; NUNES L – Metodologia de Projeto: Coletânea descritiva de etapas. In Revista Percursos. [Em Linha]. 15 Janeiro- Março (2010), p.33-37. ISSN 1646-5067.
- RUSSELL M A H, WILSON C, TAYLOR C, BAKER C D. Effect of general practitioners' advice against smoking. [Em linha]. Br Med J; 2: (1979), p. 231. [Consult. Novembro 2015]. Disponível em WWW:<URL:><http://www.bmj.com/content/2/6184/231?variant=abstract>
- SAITZ, R. (2014), 'Screening and brief intervention for unhealthy drug use: little or no efficacy', *Frontiers in Psychiatry* 5, (2014), p. 121 (PM: 25228887).
- SANNIBALE, C. - A prospective study of treatment outcome with a group of male problem drinkers. Journal of Studies on Alcohol, .50, (1990), p. 236-243-

- SECADES-V, R., FERNÁNDEZ-H, J.R., y ARNÁEZ-M, C. Motivational interviewing and treatment retention among drug user patients: A pilot study. *Subst Use & Misuse*, 39, (2004), p. 1369-1378.
- SEQUEIRA, C - *Introdução à Prática Clínica: Do Diagnóstico à Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*. 1ª Edição. Coimbra: Quarteto, 2006, 234 p. ISBN 989-558-083-5.
- SERAFINO, A.- *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, 1990.
- SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS. -. Plano nacional para a redução dos comportamentos aditivos e das dependências (2013- 2020). [Em linha]. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Lisboa 2013. [Consult. Outubro 2015]. Disponível em WWW:URL: http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/E920478E-66F7-40838D093BED11A012B1/0/PNRCAD_2013_2020.pdf
- SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS. Unidades de Desabilitação Públicas [Em linha]. 2013. [Consult. Novembro 2015]. Disponível em WWW:<URL:>http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/Documents/2015/Sinopse%20Estatistica_2013_pt.pdf.
- SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS. Unidades de Desabilitação Públicas [Em linha]. 2013. [Consult. Novembro 2015]. Disponível em WWW:URL: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/InformacaoEstatistica/ConsumosProblemas/Documents/UDPublicas/Relatorio_UDP_2014.pdf
- STEPHENS, S.; CELLUCCI, T., GREGORY, J. - Comparing stage of change measures in adolescent smokers. *Addictive Behaviors*, 29, 4, (2004), p. 759-764.
- RELATÓRIO ANUAL 2011 - A SITUAÇÃO DO PAÍS EM MATÉRIA DE DROGAS E TOXICODEPENDÊNCIAS. [Em linha]. [Consult. Janeiro 2012]. Disponível em WWW:URL:

http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/InformacaoEstatistica/ConsumosProblemas/Documents/UDPublicas/Relatorio_UDP_2011.pdf

- RELATÓRIO ANUAL 2012 - A SITUAÇÃO DO PAÍS EM MATÉRIA DE DROGAS E TOXICODEPENDÊNCIAS. [Em linha]. [Consult. Janeiro 2012]. Disponível em WWW:<URL:>http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/InformacaoEstatistica/ConsumosProblemas/Documents/UDPublicas/Relatorio_UD%20P%C3%99BLICAS%202012.pdf
- SCHMITZ, J.M. et al- Relapse Prevention treatment for cocaine dependence: group vs individual format. Addictive behaviors; 22 (3): (1997), p. 405-18.
- SCHLOSSBERG, N. Y.-A model for analyzing human adaptation to transition. Counse l. Psychol. 9, 2(1982), p. 2.
- SCHUMACHER K.L.; JONES P.S.; MELEIS A.I.-Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. In Swanson L. y Tripp Reimer T, Editors. Advances in Gerontological Nursing: tife transitions in older adult. New York: Springer Publishing 3: 126, 1999.
- SCRIVEN, A. & STIDDARD, L. Empowering schools: translating health promotion principles into practice. [Em linha]. Health Education, 103 (2), (2003), p. 110-118. [Consult. Outubro 2015]. Disponível em WWW:<URL:>
- SEABRA, Paulo; SÁ, Luís; AMENDOEIRA, José. Resultados sensíveis às intervenções de enfermagem com pessoas dependentes de drogas: uma revisão sistemática da literatura. Pensar Enfermagem, 17.2: (2013), p. 44-58.
- SHIFFMAN, S. Nicotine lozenge efficacy in light smokers. Drug and Alcohol Dependence, 77, (2005), p. 311-314.
- SILVA, N. Motivação e mudança: de Sísifo a Heráclito. Psilogos, 3(2), 2006), p. 61-66
- SMEDSLUND, G., BERG, R. C., HAMMERSTOM, K. T., et al. 'Motivational interviewing for substance abuse' (review), The Cochrane Collaboration, John Wiley & Sons Ltd. R. 2011.

- STEFANELLI, M C; FUKUDA I M K; ARANTES E C. *Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais*. São Paulo. Manole, 2008.
- STUART, G; LARAIA, M - *Enfermagem Psiquiátrica*. 4ª Ed. Rio de Janeiro; Reichmann & Affonso Editores, 2002.
- SUMMERFIELD, L. M. Behavioral Approaches to Weight Management. In: Nutrition, Exercise and Behavior – Na integrated approach to weight management. Marymount University, Wasdsworth, 2ª Ed, 1, (2012), p. 307-345.
- SZUPSZYNSKI, K. P. D. R.; OLIVEIRA, M. D. S.- O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. Psicologia: teoria e prática, 10 (1), (2008), p. 162-173.
- TAGGART, I. H., RANNEY, M. L., HOWLAND, J., MELLO, M. J.- A SYSTEMATIC REVIEW OF EMERGENCY DEPARTMENT INTERVENTIONS FOR COLLEGE DRINKERS', Journal of Emergency Medicine 45(6), (2013), p. 962–8 (PM:24063880).
- TAVARES, A. – *Métodos e técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde, Departamento de recursos humanos da saúde, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional, 1990, p. 222p
- TEJERO, A., TRUJOLS, J.- *El modelo transteórico de Prochaska y Diclemente: un modelo dinámico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas*. In J. L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*, (1994), p. 3-43. Madrid: Debate
- TEÓFILO, C. et al – Diagnóstico de Situação. *Percursos – Publicação da área disciplinar Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal - Metodologia de Projecto: colectânea descritiva de etapas*. 2010.
- THOMAS, L. and BOND S. The effectiveness of nursing: a review. [Em linha]. Journal of Clinical Nursing. 4,3: (1995), p. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcn.1995.4.issue-3/issuetoc>143–151. DOI:10.1111/j.13652702.1995.tb00199.x [Consult. Maio de 2014]. Disponível em WWW:<URL:><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7773523>

- TOMEY, A. & ALLIGOOD, M. Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). Loures: Lusociência. 2004
- TONEATTO, T; MILLAR, G. Assessing and treating problem gambling: empirical status and promising trends. [Em linha]. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie, 49.8: (2004), p. 517-525. [Consult.Novembro 2015]. Disponível em WWW:<URL:><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15453101>
- TOWNSEND, M. C. *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica*. Loures: Lusociência. 2011.
- VELASQUEZ, M., MAURER, G., CROUCH, C., DICLEMENTE, C.- Group treatment for substance abuse: a stages-of- change therapy manual. New York, 2001: The Guilford Press.
- VERMEIRE, E. - PATIENT ADHERENCE TO TREATMENT: THREE DECADES OF RESEARCH: A COMPREHENSIVE REVIEW. Centre for General Practice, University of Antwerp, Universiteitsplein 1, 2610 Wilrijk, Belgium. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics (Impact Factor: 1.67), [Em linha]; 26(5): (2011), p. 331-42. DOI: 10.1046/j.1365-2710.2001.00363.x. [Consult. Novembro 2015]. Disponível em WWW:<URL:>
https://www.researchgate.net/publication/11673925_Patient_Adherence_to_Treatment_Three_Decades_of_Research_A_Comprehensive_Review
- WALDOW, Vera Regina – Momento de cuidar: momento de reflexão. [Em linha] Revista Brasileira de Enfermagem 62:1 (2009), p. 140-145. [Consult. 13 Mai. 2012]. Disponível em WWW:<URL:><http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/22.pdf>
- WALDRON, H. B.; TURNER, C. W.; OZECHOWSKI, T. J.- Profiles of drug use behavior change for adolescent in treatment. Addictive Behaviors, 30, (2005), p. 1775-1796.
- WATSON, Jean - *Nursing: human science and human care. A theory of nursing*. New York: National League for Nursing. 1988.

- WEISS, R. D.; GREENFIELD, S. F.; NAJAVITS, L. M.-Integrating psychological and pharmacological treatment of dually diagnosed patients. NIDA Res Monogr. 150 (1995), p. 110-128.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION- Adherence to long term therapies: Evidence for action [Em linha]. Geneva, Switzerland, (2003), World Health Organization. [Consult. Junho 2014]. Disponível em WWW:<URL:> http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/lttherapies/en/
- YOUNG, J. E. - Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, (1990).
- YOSHIDA, E. M. P. Escala de estágios de mudança: uso clínico e em pesquisa. [Em linha]. Psico- -USF, v. 7, n. 1, (2002), p. 59-66. [Consultado Maio 20012]. Disponível WWW URL < http://www.saofrancisco.edu.br/edusf/publicacoes/RevistaPsicoUSF/Volume_11/uploadAddress/PSICO-09%5B6530%5D.pdf
- YOSHIDA, Elisa Medici Pizão; PRIMI, Ricardo; PACE, Rosália. Validade da escala de estágios de mudança. [Em linha]. Estudos de Psicologia (Campinas), 20.3, (2003), p. 7-21. [Consultado Maio 20012]. Disponível WWW URL <https://www.researchgate.net/profile/Ricardo_Primi/publication/242600458_VALIDITY_OF_THE_STAGES_OF_CHANGE_SCALES/links/00b7d53686a0b8f494000000.pdf
- YUMA-GUERRERO et al, (2012 Yuma-Guerrero, P. J.; LAWSON, K. A.; VELASQUEZ, M. M.; et al.- Screening, brief intervention, and referral for alcohol use in adolescents: A systematic review. [Em linha]. Pediatrics, 130 (1), (2012), p. 115–22 (PM:22665407). [Consultado Maio 20015]. Disponível WWW URL <<http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/psychosocial-interventions#ref1Online>
- ZAGONEL I.P.S.- O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. Rev. Latino-am.enfermagem 7, 3 (1999), p.25-32.
- ZIMMET, S.V.; STROUS, R.D.; BURGESS, E.S.; KOHNSTAMM, S.; GREEN, A.I. Effects of clozapine on substance use in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder: a retrospective survey. J Clin Psychopharmacol. Feb;20(1): (2000), p.94-8.

APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice I – Proposta de Artigo

“Motivação para o Tratamento: Ajuda na transição para a abstinência, inserida na Prática do Cuidar em Enfermagem, na UD”.

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria – elisarobalomarques@gmail.com

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria; Doutorado em Enfermagem – joaquim.lopez@ess.ips.pt

Resumo:

Este artigo pretende dar visibilidade ao percurso realizado no desenvolvimento do Projeto de Intervenção no Serviço, com recurso à Metodologia de Projeto, sustentado no Modelo Transteórico e na Teoria de Transição de Meleis.

Teve como objetivo a promoção da motivação para o tratamento da pessoa adicta internada, no seu processo de transição da dependência do uso de substâncias psicoativas para a autonomia.

Dos resultados sobressaem: A motivação para o tratamento inscrevia-se com características preocupantes, dados os baixos níveis de motivação das pessoas adictas internadas. Ficou também demonstrada a pertinência de uma intervenção de enfermagem estruturada e apoiada na evidência científica que fosse impulsionadora da motivação e que pudesse ajudar a pessoa na suplementação do papel, confrontada com a transição vivenciada durante o internamento. Com a intervenção proposta e perante os resultados obtidos na fase de avaliação, podemos inferir que há a possibilidade de se intervir e promover a adesão ao tratamento na pessoa adicta internada na UD, colhendo subsídios que sejam facilitadores da motivação para o tratamento.

Palavras-chave: Adesão ao tratamento na adição; Transição; Modelo Transteórico; Motivação.

Abstract:

This article aims to give visibility to the journey made in the development of the Intervention Project in service, using the design methodology, supported the Transtheoretical Model and Meleis Transition Theory.

Aimed to promote motivation for the treatment of hospitalized person adds in its dependence on the transition of substance use for autonomy.

The results stand out: The motivation for treatment is inscribed with causing concern, given the low levels of motivation of hospitalized people become addicted. Also demonstrated the relevance of a structured nursing intervention and based on scientific evidence that was driving the motivation and the person who could help in supplementing the paper, confronted with the transition experienced during hospitalization. With the proposed intervention and before the results of the evaluation stage, we can infer that there is the possibility to intervene and promote adherence to treatment in person adds admitted to UD, reaping benefits that are facilitators of motivation for treatment.

Keywords: Treatment adherence in addition; Transition; Transtheoretical model; Motivation.

INTRODUÇÃO

A adição a substâncias psicoativas (SPA) como problema mundial, causa graves danos, tal como refere NIDA (1998), no indivíduo, na família, na comunidade e até internacionalmente. A adição é entendida por BUCHELLE, MARCATTI e RABELO (2004) como um estado psíquico e físico resultante da interação entre um organismo vivo e uma SPA, expresso por reações comportamentais, originando uma compulsão para o consumo, o usufruir do efeito psíquico e por vezes, evitar o desconforto provocado pela sua falta. MILLER *et al* (2001), citado por FERREIRA BORGES e FILHO (2007:55), definem a motivação como a “probabilidade de uma pessoa aderir, envolver-se e preservar numa estratégia específica de mudança”. Assim, a motivação constitui-se como “grau de compromisso com a decisão de interromper um padrão desadequado de uso de substâncias”, *apud* (2007:94).

O interesse pela questão da motivação para o tratamento, em pessoas adictas, tem sido motivo de inquietação percecionada pelos profissionais de saúde que trabalham na área da adição. Sabe-se que é um fator que contribui para o alto índice de recaídas.

Em 2013 a rede pública de tratamento para a adição, registou 28133 pessoas em tratamento de ambulatório. Dos 4138 que iniciaram tratamento pela primeira vez, 2154 foram pessoas readmitidas e houve 1535 internamentos em Unidades de Desabilitação públicas. (EMCDDA 2013).

Segundo o Serviço de Intervenção em Comportamentos aditivos e dependências em 2013, uma Unidade pública de desabilitação de substâncias psicoativas (SPA) em Lisboa registou 438 pessoas internadas, 29% foram internadas por outras SPA que não o álcool e 28% por álcool. Do total de pessoas internadas, 278 era a 1ª admissão.

Não basta, portanto, identificar e tratar os sintomas de privação, mas sim identificar as consequências e os motivos que conduziram ao recurso da SPA, pensando a pessoa globalmente, para que se possa oferecer outros referenciais e subsídios que promovam mudanças de comportamento em relação à SPA. (PRATTA e SANTOS, 2009). O papel do enfermeiro é agir como facilitador da mudança de comportamento e ajudar na manutenção do mesmo (THOMAS e BOND, 1995). MELEIS *et al* (2000) desenvolveram uma teoria de médio alcance, caracterizando-se por ter alvos mais limitados e menor abstração do que outro tipo de teorias. Esta teoria incide nos processos de transição a que o ser humano está sujeito durante todo o seu ciclo vital. MELEIS (2010) define transição como “uma passagem de um estado estável para outro estado estável, um processo caracterizado por uma mudança. As transições são compostas por diferentes etapas dinâmicas e pontos de viragem. Por sua vez, enquanto profissão que se preocupa em prestar cuidados “... ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado para que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (REPE, 1996), a Enfermagem não pode ignorar as situações que afetam a sociedade em geral, como por exemplo a dependência de SPA, o suicídio ou a delinquência, entre outros. Conhecer, compreender e esclarecer o significado da transição para o ser humano são atributos que facilitam a relação intersubjetiva, entre o enfermeiro e a pessoa adicta que vivencia a transição e que contribuem para a eficácia das intervenções terapêuticas de enfermagem e, como tal, o objeto dos cuidados de enfermagem que é a pessoa em transição (MELEIS, 2010).

Uma das contribuições mais relevantes na abordagem da adição tem sido a do Modelo Transteórico (MTT), desenvolvido por Prochaska e Di Clemente em 1982.

O principal pressuposto é que as mudanças bem-sucedidas derivam da aplicação de estratégias certas, ou seja, os processos certos e no momento certo, harmonizados aos estádios em que cada pessoa se encontra (PROCHASKA, Di CLEMENTE & NORCROSS, 1992). Uma das dimensões mais evidentes deste modelo foi a descoberta da necessidade de conhecer o estágio de mudança de cada pessoa e adequar as intervenções terapêuticas ao mesmo (PROCHASKA *et al*, 1992). No estágio de Pré-contemplação, a pessoa não tem consciência da necessidade de mudança de comportamentos. No estágio de Contemplação a pessoa tem consciência da necessidade de mudança, mas não existe o compromisso para tal, é notório o sentimento de ambivalência. No estágio de Preparação a pessoa demonstra alguma intenção para mudar, mas prepara-se para ações num futuro imediato, que geralmente demora cerca de um mês. No estágio de Ação, a pessoa apresenta mudanças concretas no seu estilo de vida e adota comportamentos novos. No estágio de Preparação a pessoa faz mudanças efetivas, contudo é um período em que é frequente ocorrerem recaídas. Para MILLER e ROLLNICK (2001) havia um sexto estágio, a recaída, o que

implica que o percurso da pessoa é voltar a passar pelos estádios anteriores. A recaída é tida como normal e previsível quando se procura uma mudança de comportamento a longo prazo e é entendida como uma manifestação da ambivalência residual perante a abstinência. O processo de mudança não pode ser considerado puramente linear, uma vez que os seus estádios são entendidos como fazendo parte de uma “espiral”, na qual a pessoa pode deslocar-se de um estádio para o outro, sem uma ordem pré-estabelecida (PROCHASKA *et al*, 1992).

Segundo CALHEIROS, ANDRETTA e OLIVEIRA (2006), os processos de mudança podem ser divididos em dois grupos: processos cognitivo-experienciais (Tomada de Consciência; Expressão Emocional; Reavaliação Ambiental; Auto Reavaliação do Self; Auto Deliberação) e processos que se referem, principalmente, a aspetos comportamentais (Controlo das Contingências de Reforço; Relações de Ajuda; Contra condicionamento; Controlo de Estímulos, Liberação Social).

De acordo com o que o European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), refere no relatório apresentado em 2015, são as abordagens psicossociais, como intervenções estruturadas para dinamizar a resolução dos problemas relacionados com o consumo de SPA, que se constituem como componentes essenciais para qualquer abordagem no tratamento da adição.

A natureza flexível das intervenções psicossociais permite aos prestadores de cuidados, mesmo que tenham perspetivas teóricas diferentes, usar combinações de diferentes abordagens, ajustando-as às necessidades individuais de cada pessoa. Além disso, a mesma intervenção pode ser aplicada em diferentes fases do processo terapêutico (KLEBER, 2013), sendo reconhecidas como tendo valor em todo o processo terapêutico.

A partir dos estudos que envolviam a motivação, surgiu uma técnica na abordagem terapêutica conhecida como Entrevista Motivacional (EM), criada para orientar a pessoa no reconhecimento dos seus problemas atuais e potenciais e quando há ambivalência quanto à mudança de comportamentos (MILLER e ROLLNICK, 2001). É definida como um estilo de comunicação com foco na pessoa e propõe intervenções terapêuticas adequadas a cada estádio com o objetivo de incrementar a adesão ao tratamento, estimular a motivação da pessoa para a mudança e prevenir possíveis recaídas em pessoas com comportamentos aditivos. Esta abordagem é apoiada por evidência científica recente. SMEDSLUND, G., BERG, RC, HAMMERSTROM, KT, *et al* (2011), fizeram uma revisão sistemática englobando 59 estudos com 13342 participantes e concluíram que a pessoa pode reduzir a dimensão do consumo de SPA, comparativamente com nenhuma outra intervenção.

A técnica da prevenção de recaída (PR), incluída na Terapia Cognitivo-Comportamental, tem sido amplamente utilizada no tratamento de adictos (MARLATT e GORDON, 1985). É uma abordagem projetada para ajudar as pessoas a prevenir e ultrapassar os reveses durante o processo de mudança de comportamento. A finalidade da PR é atenuar a incidência e gravidade da recaída,

onde sobressaem dois objetivos básicos: minimizar o impacto de situações de alto risco, ampliando a conscientização e estruturação de habilidades de enfrentamento e para limitar a disposição para a recaída através da promoção de um estilo de vida saudável e equilibrado.

Com base no anteriormente descrito, surge a necessidade de tomar medidas que concorram para a promoção da motivação para o tratamento, inseridas na prática do cuidar em enfermagem.

METODOLOGIA

Ponderando o contexto e a literatura disponível, recorreremos à Metodologia de Projeto, para sustentar a realização do Projeto de Intervenção no Serviço (PIS). A aplicação do PIS permitiu refletir sobre a prática, de forma sistemática, identificar o problema e a sua resolução, baseada numa evidência sustentada pela investigação (RUIVO, FERRITO e NUNES, 2010).

- **Diagnóstico da situação**

Na fase de diagnóstico de situação, aplicámos uma análise SWOT que revelou a oportunidade e necessidade da implementação de intervenções de enfermagem, no que concerne à motivação para o tratamento das pessoas adictas internadas na UD. Na sequência da reunião com as pessoas internadas na UD, sobre o tema “Prevenção da recaída”, colhemos subsídios que nos permitiram ter uma visão mais incisiva e auscultar a perceção das pessoas participantes na mesma, pretendendo identificar os fatores que facilitam ou dificultam o processo de reconstrução da autonomia da pessoa adicta, na adesão ao tratamento e após o internamento. Ressaltaram os fatores facilitadores para a recaída, idênticos aos referidos por MARLATT e GORDON, (1993), ou seja problemas intrapessoais, interpessoais, a pressão social e as situações de risco. Ressaltaram também a necessidade das pessoas na suplementação de papel, em consequência da sua insuficiência do mesmo. Apercebeu-se também a necessidade do reforço na adesão ao tratamento e da motivação para o mesmo. Foi notória a deficiente informação sobre o papel de ajuda da equipa de enfermagem, situando-a só no aspeto físico.

Com o objetivo de avaliar a motivação para o tratamento, foi aplicada a escala SOCRATES 8D, validada para a população portuguesa por JANEIRO (2007). Dos resultados sobressaem: A ambivalência teve cotações altas, oscilando entre muito baixa e muito alta (5- 20), sendo que 10% tinha ambivalência baixa, 50% tinha ambivalência média e 40% tiveram valores na ambivalência cotados como muito alta. Quanto à motivação os resultados foram: 40% estavam no estágio Pré-contemplação; 20% no estadio de Contemplação; 20% no estadio Ação; 20% no estadio de Manutenção. Estes resultados foram reveladores da baixa motivação, para aquela amostra.

Demonstra-se assim a necessidade de uma intervenção do enfermeiro na UD, planeada e que esteja de acordo com a necessidade em cada situação.

Chegados à fase de determinação dos objetivos estabelecemos como objetivo geral:

- Promover a motivação da pessoa adicta internada na unidade, no seu processo de transição da dependência do uso de SPA para a autonomia. Como objetivos específicos:- Implementar uma intervenção de enfermagem que possa: Aumentar, na pessoa adicta internada na unidade, a tomada de consciência do seu problema de dependência e necessidade de reduzir ou abandonar o uso de substâncias psicoativas; Aumentar o envolvimento da pessoa adicta internada na unidade na adesão ao seu tratamento.

- **Planeamento da Intervenção**

O Planeamento constitui-se como a terceira fase do projeto, sendo o momento da elaboração de um plano de trabalho pormenorizado que envolvesse atividades, meios e estratégias (MIGUEL, 2006, cit. por RUIVO *et al*, 2010). Foi feita uma reflexão relativamente ao fenómeno em estudo, com base na consulta de bibliografia considerada pertinente para a investigação e com recurso à nossa experiência nesta área, assim como aos aportes teóricos adquiridos nas diversas Unidades Temáticas, de modo a produzir estratégias de intervenção de enfermagem sustentadas na evidência científica atualizada, que tivessem coerência entre o enquadramento teórico, o conhecimento teórico curricular aprendido e aprofundado ao longo do curso, relacionando-os com o levantamento das necessidades detetadas, com a seleção dos recursos existentes e planeando as melhores estratégias a implementar. Decidimo-nos pela criação de um mediador terapêutico que fosse o suficientemente apelativo, de simples aplicação e abrangente de modo a serem criadas oportunidades para estabelecer uma intervenção terapêutica. Com a mesma pretendíamos criar o setting onde pudessemos desenvolver intervenções psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas, de acordo com as necessidades detetadas em cada grupo e em cada pessoa, tal como previsto nas competências específicas do EESMP (OE 2011). O mediador que chamámos de “Mudar Comportamentos”, teve por base o Modelo Transteórico e a teoria de Transição de MELEIS, recorrendo à técnica da Entrevista Motivacional.

- **Execução e Avaliação**

Optámos por recorrer ao grupo porque segundo SCHMITZ (1997), além de ser mais económico, a literatura questiona a prevalência da intervenção da individual sobre a grupal.

Aplicámos o instrumento SOCRATES 8D, na véspera e antevéspera do dia programado para a alta.

Na 1ª aplicação os resultados dos estadios de motivação, revelaram que as pessoas que participaram na atividade, 50% estavam no estadio de Pré-contemplação, 20% no estadio de Contemplação, 20% no estadio de Ação e 10% no estadio de Manutenção.

Quanto à ambivalência e segundo a aplicação do mesmo instrumento, 30% tinham valores de classificação considerados Muito Alta e Alta, 30% valores de classificação considerados Média e 40% valores de classificação Baixa. Verificou-se que grande parte dos participantes estava no

estadio de Pré-contemplação e que a ambivalência tinha cotações altas. Este resultado também foi referido no estudo feito por RESENDE *et al* (2005), com alcoólicos internados.

No fim da intervenção os resultados foram: 40% estavam no estadio de Pré-contemplação, 10% no estadio de Contemplação, 50% no estadio de Ação e 0% no estadio de Manutenção. Perante os resultados obtidos nesta amostra, poderemos alvitrar algumas hipóteses de interpretação, de acordo com o Modelo Transteórico:

Poder-se-á considerar como indicadores dessa evolução um decréscimo dos participantes no estadio de Pré-contemplação, que diminuiu 10%; a diminuição no estadio, pode ser entendida como um aumento na tomada de consciência e na vontade de mudar comportamentos, com o reconhecimento do seu comportamento problema. Os participantes na fase de Contemplação também diminuiram 10% esta diminuição no estadio, pode ser vista como os participantes estarem recetivos à estimulação da sua motivação e demonstrarem um progresso na sua auto eficácia. Os participantes no estadios de Ação tiveram um aumento de 30%, a maior pontuação pode ser considerada pela valorização da mudança conseguida do consumo para a abstinência, assim como um maior reconhecimento do problema, o que assinala uma maior consciencialização para a problemática do consumo. Os do estadio de Manutenção tiveram um resultado de 0%.

No entanto salientamos que estes resultados, apesar de demonstrarem uma evolução positiva podem ser transitórios uma vez que segundo JUNGEMAN e LARANJEIRA (1999), o movimento pelos estadios de mudança no Modelo Transteórico, até ao estadio da ação leva de três a seis meses, sendo forçosas avaliações repetidas e, inclusivamente, num prazo mais longo para que se possa ter uma noção mais conclusiva na evolução da motivação das pessoas.

O Modelo Transteórico pondera como elementos da motivação o reconhecimento ou negação do problema e a ambivalência ou a tomada de decisão (BUNTON, BALDWIN, FLYNN e WHITELOW, 2000), apontando para uma componente comportamental da motivação, a ação que se revela quando a pessoa faz alguma coisa para melhorar (MILLER, 1999), conduzindo deste modo a uma adesão e envolvimento da pessoa no seu tratamento (DRIESCHNER, LAMMERS e STAAK, 2004). No entanto, o efetivar de uma aliança terapêutica precoce com a pessoa é suscetível de ser potenciada, sendo reconhecido por Di CLEMENTE *et al* (1999), que a associação desses dois fatores pode trazer uma obtenção de melhores resultados. Um componente preditivo em relação ao envolvimento e retenção no tratamento pode ser determinado pela relação, por respostas terapêuticas adequadas e pelos resultados obtidos na avaliação da motivação (JOE *et al*, 1988), o que se pode inferir que tenha acontecido com os participantes desta amostra. Realçamos que os resultados fazem parte de um período de tempo e a um grupo heterogéneo uma vez que o estadio motivacional é pessoal, dinâmico e suscetível à mudança.

Com o objetivo de avaliar o grau de conforto e a utilidade da atividade, foi feito um questionário anônimo e os resultados obtidos revelaram que: 90% dos participantes sentiram-se confortáveis e 10% desconfortáveis; quanto à utilidade referiram 100%.

Todos participantes atestaram o seu consentimento para participarem no estudo conforme preconizado no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE; 2009), no Artigo 84.º na alínea C, no que se reporta ao dever de informação, ao respeito pelo direito à autodeterminação, em que assumimos o dever de “Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado”.

Foi nossa preocupação o respeito pelo preconizado no Regulamento Exercício Profissional Enfermeiros (REPE; 1996), que no ponto 1, do art.8º, refere que “No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”.

CONCLUSÃO

Este artigo possibilitou proporcionar o conhecimento do percurso efetuado ao longo do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Este documento faz a síntese do PIS desenvolvido. Foi confirmado ao longo do PIS, que a motivação para o tratamento se inscrevia com características preocupantes, dados os baixos níveis de motivação das pessoas adictas internadas. Ficou também demonstrada a pertinência de uma intervenção de enfermagem que fosse impulsionadora da motivação uma vez que não existia no serviço uma intervenção estruturada e apoiada na evidência científica que pudesse ajudar a pessoa na suplementação do papel, confrontada com a transição vivenciada durante o internamento. Com a intervenção proposta e perante os resultados obtidos na fase de avaliação, podemos inferir que há a possibilidade de se intervir e promover a adesão ao tratamento na pessoa adicta internada na UD, colhendo subsídios que sejam facilitadores da motivação para o tratamento.

As limitações foram relacionadas com o tamanho das amostras, a pouca experiência na aplicação deste modelo e a falta de oportunidade para se fazer um follow-up, que permitisse uma avaliação da motivação posterior e já em ambulatório.

Quanto ao futuro, é nossa intenção continuar a contribuir para a qualidade dos cuidados, sustentados nos padrões de qualidade emitidos para a área de Saúde Mental e Psiquiatria (OE; 2015), procurando a excelência do cuidar.

Pretendemos igualmente continuar a contribuir para a formação de pares e dos estudantes de enfermagem, com demonstrações de prestação de cuidados rigorosos e ímpares, com a atualização científica adequada, com recurso ao pensamento crítico e no investimento em temáticas pertinentes e úteis que possam contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas que cuidamos.

BIBLIOGRAFIA

- ANDRETA, I. & OLIVEIRA, M. S. (2011). A Entrevista Motivacional em Adolescentes Usuários de Droga que Cometeram Ato Infracional. Psicologia: Reflexão e Crítica, 24 (2), 218-226. Disponível WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v24n2/02.pdf>
- BOND, T. (1995). The nature and outcomes of counselling. In JANE Keithley, & GEOFFREY Marsh (Eds.), *Counselling in primary health care* (pp. 3-26). Oxford: Oxford University Press.
- BÜCHELE, Fatima, MARCATTI, Michelle, RABELO, Daniela Raquel - Dependência Química e Prevenção a “Recaída”. Texto & Contexto Enfermagem. [Em linha]. Florianópolis, Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina, 2004. [Consult. 10 abril de 2011]. Disponível WWW: <URL: <http://www.redalyc.org/pdf/714/71413206.pdf>
- BUNTON, R., BALDWIN, S., FLYNN, D., WHITELAW, S. - The stages of change model in health promotion: science and ideology. *Critical Public Health*, 10 (1), 55-70, 2000.
- CALHEIROS, P.; ANDRETTA, I. E.; OLIVEIRA, M.- AVALIAÇÃO DA MOTIVAÇÃO PARA MUDANÇA NOS COMPORTAMENTOS ADICTIVOS. In: *Temas em Psicologia Clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- Caderno Temático - Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem, Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem, Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista. [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009. [Consult. em 13/05/2013]. Disponível WWW: <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>
- CÓDIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO [em linha] – Ordem dos Enfermeiros, Lisboa. [Consult. 10 de abril de 2012]. Disponível WWW: < URL: <https://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/.../codigodeontologico.pdf>
- Di CLEMENTE, C. C.; BELLINO, L. E.; NEAVINS, T. M.- Motivation for Change and Alcoholism Treatment. *Alcohol Research & Health*, 23 (2), 86-92, 1999.
- DRIESCHNER, K. H., LAMMERS, S. M., & VAN der Staak, C. P.- Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical Psychology Review*, 23(8), 1115-1137, 2004.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS, Regulamento 129_2011_CompetenciasEspecifEnfSMental. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011. [Em linha]. [Consult. 10 de Jun de 2012]. Disponível WWW: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20129_2011_CompetenciasEspecifEnfSMental.pdf
- EUROPEAN DRUG REPORT 2013: Trends and developments. EMCDDA. [Em linha]. Lisbon, May 2013. [Consult em: 13/05/2015]. Disponível WWW: < URL: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2013>
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADITTION- The role of psychosocial interventions in drug treatment [Em linha]. 04.06.2015. [Consult em: 13/05/2015]. Disponível WWW: < URL: <http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/psychosocial-interventions>
- FERREIRA-BORGES, Carina; CUNHA FILHO, Hilson - Usos, Abusos e Dependências: Alcoolismo e Toxicodependência. Lisboa: Climepsi Editores, 2007. 428 p. ISBN 972-796-150-9.
- JANEIRO, Luís - Motivação para o tratamento: dados psicométricos da escala Socrates 8D; estratégia psicoterapêutica para motivar para o tratamento / Luís Janeiro, Luís Faisca-7º Congresso nacional de psicologia da saúde : Intervenção em Psicologia e Saúde: actas / Editado por José Luís Pais, [et. al.]- 1ª ed. - Lisboa : Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2008. - p. 351-354.
- JOE, G. W., SIMPSON, D. D., & BROOME K. M. (1988). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction*, 93 (8), 1177-1190.
- JUNGERMAN, F., & LARANJEIRA, R. (1999). Entrevista motivacional: bases teóricas e práticas. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*, 48 (5), 197-207.
- KLEBER, H. D., WEISS, R. D., ANTON, R. F., *et al* .- 'Psychosocial treatments' in part B: background information and review of available evidence in American Psychiatric Association Work Group on Substance Use Disorders', Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders, second edition, American Psychiatric Association, Washington DC, p. 275, 2006.

- MARLATT GA, GORDON JR: Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. 1985, New York: Guilford Press
- MARLATT GA. Relapse Prevention: Theoretical Rational and Overview of the Model. In: MARLATT GA, GORDON J. Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. New York: Guilford; 1993. p. 26
- MELEIS, Afaf I. [et al.] – Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory. Advances Nursing Sciences. 23, nº1 (2000), p.12-28.
- MELEIS, Afaf Ibrahim – Transitions Theory: Middle-Range and Situation- Specific Theories In Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company, 2010. ISBN: 10.9780826105356
- MILLER, W. R. (Ed.). (1999). ENHANCING MOTIVATION FOR CHANGE IN SUBSTANCE ABUSE TREATMENT [Em linha] (Vol. 35). DIANE Publishing. [Consult. em: 13/08/2015]. Disponível WWW. < URL: [http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/psychosocial-interventionshttps://books.google.pt/books?hl=en&lr=&id=IfNX2jnizi8C&oi=fnd&pg=PP4&dq=Enhancing+motivation+for+change+in+substance+abuse+treatment+\(Vol.+35\).+DIANE+Publishing&ots=VdvnQLeFI5&sig=k4TOJ_CMdqA4QzQC6E9sxO-1qvs#v=onepage&q&f=false](http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/psychosocial-interventionshttps://books.google.pt/books?hl=en&lr=&id=IfNX2jnizi8C&oi=fnd&pg=PP4&dq=Enhancing+motivation+for+change+in+substance+abuse+treatment+(Vol.+35).+DIANE+Publishing&ots=VdvnQLeFI5&sig=k4TOJ_CMdqA4QzQC6E9sxO-1qvs#v=onepage&q&f=false)
- MILLER, W.; ROLLNICK, S.- *ENTREVISTA MOTIVACIONAL: PREPARANDO AS PESSOAS PARA MUDANÇA DE COMPORTAMENTOS ADITIVOS*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.
- NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE- PRINCIPLES OF DRUG ADDICTION TREATMENT. [Em linha]. WASHINGTON: U.S. Department of Health and Human Services, 1999. [Consult. em: 13/08/2014]. Disponível WWW: URL :<http://pt.scribd.com/doc/70338148/Manual-Adicciones-Psicologos-Clinicos2011#scribd>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, Caderno Temático - Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem, Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem, Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista. [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009. [Consult. em: 13/05/2013]. Disponível WWW: < URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>

- ORDEM DOS ENFERMEIROS Padrões de qualidade emitidos para a área de Saúde Mental e Psiquiatria, DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2.ª série — N.º 122 — 25 de junho de 2015. [Em linha]. [Consult. em: 13/08/2014]. Disponível em WWW: < URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_356_2015_PadreesQualidadeCuidadosEspEnfSaudeMental.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 1998. [Consult. 2011.06.04] Disponível em WWW: < URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/inde.php?page=168>
- PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel António dos- O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. Psicologia Teoria e Pesquisa [Em linha]. Brasília, 2009. [Consult. 17 Abril 2011]. Disponível em WWW: < URL: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2.pdf>
- PROCHASKA J., Di CLEMENTE, C., & NORCROSS, J. (1992) In search of how people change: Applications to addictive behaviors. American Psychologist Association. 47 (9), 1102–1114.
- REGULAMENTO nº 129/2011. DR II série. 35 (18-02-2011) 8669-8673.
- REPE – Decreto-Lei nº161/96 de 4 de Setembro, artigo 4º, alínea 3 - Conceitos (p.2960):
- RESENDE, G. L. D., AMARAL, V. L., BANDEIRA, M., GOMIDE, A. D. T. S., & ANDRADE, E. M. R. (2005). Análise da prontidão para o tratamento em alcoolistas em um centro de tratamento. Revista de Psiquiatria Clínica, 32 (4), 211-217
- RUIVO, Alice; FERRITO, Cândida e NUNES, Lucília. – Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de etapas. In Revista Percursos nº 15 Janeiro - Março 2010. ISSN 1646-5067.
- SCHMITZ, J.M. *et al.* - Relapse Prevention treatment for cocaine dependence: group vs individual format. Addictive behaviors 1997; 22 (3): 405-18.
- SMEDSLUND, G., BERG, R. C., HAMMERSTROM, K. T., *et al.* (2011), 'Motivational interviewing for substance abuse', Cochrane Database of Systematic Reviews 5, CD008063 (PM: 21563163).

Ambiente interno	FORÇAS.	FRAQUEZAS.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capital humano. ▪ Momento oportuno para a intervenção na motivação para o tratamento e adesão ao tratamento. ▪ Momento oportuno para o reforço na prevenção da recaída. ▪ Promoção de maior autonomia da pessoa adicta, na adesão ao seu tratamento. ▪ Qualificação técnica do grupo profissional da enfermagem. ▪ Cultura de qualidade tal como inscrito “Manual de boas práticas enfermagem do IDT.” ▪ Potenciação da mais-valia da inovação e do desenvolvimento na formação e investigação em enfermagem. ▪ Oportunidade para realização da análise diagnóstica da problemática envolvida ▪ Ocasão para desenvolver a tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos, que legitimam a intervenção. ▪ Atestar as competências clínicas na conceção e gestão de cuidados em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. ▪ Reorganização interna da prestação de cuidados, com identificação de áreas de intervenção autónoma dos enfermeiros, a requerer sustentabilidade científica e técnica. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificuldade inerente à oscilação da motivação na toxicodependência. ▪ Possibilidade do aumento da recaída, por falta de preparação das pessoas adictas. ▪ Ausência de gestão estratégica na motivação para o tratamento, com intervenções de enfermagem personalizadas e adequadas. ▪ Ambiente de proximidade com as reais necessidades das pessoas. ▪ Ausência de planeamento estratégico durante o internamento, relativamente aos programas de tratamento e reabilitação previstos na área de missão do IDT. ▪ Equipa com experiência, mas pouco motivada para investir na formação e para a missão do IDT (tratamento e reabilitação). ▪ Baixo nível de articulação e integração entre diferentes os níveis de cuidados prestados. ▪ Problema na qualidade dos cuidados prestados. ▪ Fraca cultura de avaliação, ao nível interno e externo e a sua não ligação explícita a verdadeiros ganhos em saúde (outcomes). ▪ Pressão crescente do défice público com reflexo nas disponibilidades financeiras. ▪ Fraca divulgação da imagem da classe profissional de enfermagem na dinâmica organizacional.

Ambiente externo	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centralidade na gestão da qualidade dos cuidados prestados e segurança da pessoa internada. ▪ Implicações nas necessidades de saúde da população assistida. ▪ Integração do problema da motivação, com possibilidade de monitorização prospetiva. ▪ Contribuição para o processo da reabilitação da pessoa adicta. ▪ Valorização do capital humano (pessoas internadas e enfermagem). ▪ Maior autonomia na decisão da enfermagem. ▪ Oportunidade de suportar e desencadear a investigação para promoção da prática de enfermagem baseada na evidência. ▪ Subsídio para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem e reconhecimento da enfermagem como profissão científica. ▪ Aproveitamento das capacidades e dinamização dos profissionais de saúde envolvidos no processo. ▪ Fluidez da informação e articulação entre os diferentes profissionais da saúde. ▪ Existência de um sistema avançado na abordagem da adição, reconhecido a nível europeu. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Possibilidade do aumento de reinternamentos por recaída das pessoas adictas. ▪ Gestão da motivação deficiente, por falta de respostas à necessidade de adesão ao tratamento (encarada como uma ameaça se não for feita durante o internamento). ▪ Redução na promoção da saúde das pessoas adictas que estiveram internadas. ▪ Perda de credibilidade do serviço perante as pessoas, família e comunidade. ▪ Desmotivação progressiva dos profissionais de saúde e insensibilidade crescente às necessidades, expectativas e preferências das pessoas internadas. ▪ Pouca visibilidade do contributo dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população adicta. ▪ Conjuntura económica nacional.

Anexo I – SOCRATES 8D

INSTRUÇÕES: Por favor leia as seguintes afirmações cuidadosamente. Cada uma delas descreve o modo como pode (ou não) sentir-se acerca do seu uso de drogas. Para cada afirmação faça um círculo num número de 1 a 5 para indicar o quão concorda ou discorda com cada afirmação neste momento. Por favor coloque um círculo em apenas um número por cada afirmação.

NÃO! Não ? Sim SIM!

	Discordo Fortemente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo Fortemente
1. Eu realmente quero mudar em relação ao consumo de drogas	1	2	3	4	5
2. Às vezes pergunto a mim mesmo se sou dependente de drogas	1	2	3	4	5
3. Se não mudar rapidamente em relação ao meu consumo de drogas, os meus problemas vão tornar-se piores	1	2	3	4	5
4. Eu já comecei a fazer algumas mudanças em relação ao consumo de drogas	1	2	3	4	5
5. Às vezes pergunto-me se o facto de eu consumir magoa as outras pessoas	1	2	3	4	5
6. Eu tenho um problema com drogas	1	2	3	4	5
7. Não estou só a pensar em mudar em relação às drogas, já estou de facto a fazer algo por isso	1	2	3	4	5
8. Eu já mudei em relação ao consumo de drogas e procuro apreender maneiras que me ajudem a evitar recaídas	1	2	3	4	5
9. Eu tenho um problema sério com drogas	1	2	3	4	5
10. Às vezes pergunto a mim mesmo se tenho controlo sobre o meu consumo de drogas	1	2	3	4	5
11. O meu consumo de substâncias está a causar muito mal	1	2	3	4	5
12. Atualmente estou a fazer coisas para parar ou diminuir o meu consumo de drogas	1	2	3	4	5
13. Eu quero ajuda para evitar ter os mesmos problemas que antes tinha com o consumo de drogas	1	2	3	4	5
14. Eu sei que tenho um problema com as drogas	1	2	3	4	5
15. Às vezes pergunto-me se o meu consumo de drogas é excessivo	1	2	3	4	5
16. Eu sou um toxicodependente	1	2	3	4	5
17. Estou a esforçar-me para mudar em relação ao consumo de drogas	1	2	3	4	5

Apêndice III – Resultados do Instrumento SOCRATES 8D na Fase de Diagnóstico

QUESTIONÁRIO ENTRA SAIDA	RECONHECIMENTO PROBLEMA (Intervalo: 6-30) 26=50%	ACÇÃO (Intervalo: 7-35) 33=50%	Percentis	ESTADIO MUDANÇA	AMBIVALENCIA (Intervalo: 4-20) 15=50%
Q1	26	34	-/+	Ação *	18=(90 muito alto)
Q2	25	29	-/-	Pré-Contemplação	15=(50 Médio)
Q3	23	34	-/+	Manutenção	14=(40 Médio)
Q4	19	29	-/-	Pré-Contemplação	12=(20-30 baixo)
Q5	24	29	-/-	Pré-Contemplação	14=(40 Médio)
Q6	30	35	+/+	Ação	8=(10 muito baixo)
Q7	27	28	+/-	Contemplação	15=(50 Médio)
Q8	26	35	-/+	Manutenção *	18=(90 muito alto)
Q9	22	32	-/-	Pré-Contemplação	15=(50 Médio)
Q10	29	31	+/-	Contemplação	18=(90 muito alto)

*

Ponderado o valor da ambivalência.

Guia interpretativo dos fatores de acordo com o modelo Transteórico

RECONHECIMENTO PROBLEMA (Percentis) (Intervalo: 6-30)	AÇÃO (Percentis) (Intervalo: 7-35)	ESTADIO MUDANÇA
- (< 50)	- (< 50)	PRÉ-CONTEMPLAÇÃO – Não reconhece o problema e não atua para mudar.
+ (> 50)	- (< 50)	CONTEMPLAÇÃO – Reconhece o problema mas não atua.
+ (> 50)	+ (> 50)	AÇÃO – Reconhece o problema e atua
- (< 50)	+ (> 50)	MANUTENÇÃO – Não reconhece o problema mas atua.

Percentis para os 3 fatores da SÓCRATES 8D

Percentis (%)	Reconhecimento do problema	Ação	Ambivalência
10 Muito baixo	15,0	28,0	8,0
20	21,4	28,0	11,0
30 Baixo	24,0	30,7	13,0
40	25,0	31,0	14,0
50 Médio	26,0	33,0	15,0
60	27,2	33,0	15,8
70 Alto	29,0	34,0	16,0
80	30,0	35,0	17,0
90 Muito Alto	30,0	35,0	18,0

Apêndice IV – Formulário de Consentimento Informado do Utente

Tema de investigação: Motivação para o tratamento: Ajuda na transição para a abstinência, inserida na prática do cuidar em enfermagem.

Investigador: Maria Elisa Robalo Marques, aluna do 2º CPLEE de Saúde Mental e Psiquiatria, sob orientação do Prof. Joaquim Lopes do IPSS e da Enf.^a especialista Luísa Trindade da Unidade de Desabilitação.

Caro Utente:

Estou a efetuar um estudo sobre “Motivação para o tratamento”, pelo que peço a sua colaboração.

O preenchimento deste questionário é fácil, ao longo do mesmo encontrará indicações necessárias ao seu preenchimento e é importante para o êxito da investigação. As suas informações são estritamente confidenciais pois os resultados serão codificados e utilizadas apenas neste estudo.

É importante que responda a todas as questões, pelo que lhe peço que reveja as respostas antes de entregar os questionários. Não existem respostas certas ou erradas, pelo que qualquer resposta é considerada correcta, o importante é que responda com sinceridade às questões colocadas.

Esta participação será voluntária, pelo que poderá interrompê-la a qualquer momento, sem qualquer consequência na assistência que precisa, neste serviço ou em qualquer estrutura de saúde.

Se concordar em participar neste estudo, leia e assine o seguinte:

Consentimento Informado

Aceito que os dados recolhidos nos questionários, sejam utilizados num estudo que faz parte integrante dos requisitos para obtenção do grau de Enfermeira especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, pelo Instituto Politécnico de Setúbal, uma vez que tomei conhecimento sobre os seus objetivos e sobre as condições em que este se realizará.

Foi-me, ainda, assegurado que a identificação das pessoas referenciadas será preservada e mantida sobre anonimato.

Fui, também, informado(a) sobre o direito de recusar participar no estudo e sobre a possibilidade de, no caso de aceitar, deixar de nele participar a qualquer momento sem sofrer por isso qualquer prejuízo.

Considero que fui convenientemente esclarecido(a) e que todas as dúvidas colocadas foram respondidas, pelo que autorizo a utilização e divulgação dos dados para as finalidades que me foram explicadas.

Lisboa, ____ / ____ / ____

(assinatura do/a participante)

(assinatura do/a entrevistador/a)

Apêndice V – Formulário de Consentimento Informado do Enfermeiro

Tema de investigação: Motivação para o tratamento: Ajuda na transição para a abstinência, inserida na prática do cuidar em enfermagem.

Investigador: Maria Elisa Robalo Marques, aluna do 2º CPLEE de Saúde Mental e Psiquiatria, sob orientação do Prof. Joaquim Lopes do IPSS e da Enf.^a especialista Luísa Trindade da Unidade de Desabilitação.

Caro Colega:

Estou a efetuar um estudo sobre “Motivação para o tratamento”, pelo que peço a sua colaboração.

A sua participação é fácil e é importante para o êxito da investigação. As suas informações são estritamente confidenciais pois os resultados serão codificados e utilizadas apenas neste estudo.

É importante que responda a todas as questões. Não existem respostas certas ou erradas, pelo que qualquer resposta é considerada correcta, o importante é que responda com sinceridade às questões colocadas.

Esta participação será voluntária, pelo que poderá interrompê-la a qualquer momento.

Se concordar em participar neste estudo, leia e assine o seguinte:

Consentimento Informado

Aceito que os dados recolhidos nesta entrevista, sejam utilizados num estudo que faz parte integrante dos requisitos para obtenção do grau de Enfermeira especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, pelo Instituto Politécnico de Setúbal, uma vez que tomei conhecimento sobre os seus objetivos e sobre as condições em que este se realizará.

Foi-me, ainda, assegurado que a identificação das pessoas referenciadas será preservada e mantida sobre anonimato.

Fui, também, informado(a) sobre o direito de recusar participar no estudo e sobre a possibilidade de, no caso de aceitar, deixar de nele participar a qualquer momento sem sofrer por isso qualquer prejuízo.

Considero que fui convenientemente esclarecido(a) e que todas as dúvidas colocadas foram respondidas, pelo que autorizo a utilização e divulgação dos dados para as finalidades que me foram explicadas.

Lisboa, ____ / ____ / ____

(assinatura do/a participante)

(assinatura do/a entrevistador/a)

Mudar comportamentos.



UNIDADE DE DESABITUAÇÃO

Lisboa 2011.

Colocar na balança:

Porquê, como e quando mudar?

Este caderno de atividades tem como objetivo ajudá-lo(a) a mudar os seus hábitos relacionados com a sua saúde.

Ninguém conhece o seu corpo e a sua mente melhor do que você. Da mesma forma, é a pessoa que tem mais a perder, caso não dedique ao seu corpo e à sua mente os cuidados que merecem. Pense nisso sempre que decidir adiar, mais uma vez, uma mudança na sua vida, que sabe que é necessária e urgente.

As críticas da família e dos amigos são tão intensas e a culpa tão grande, que toda a sua energia é usada para estar na defensiva. Há situações em que a força de vontade para mudar é grande, mas a força do hábito é ainda maior.

Nesses casos, analisar a situação em que se encontra, definir objetivos de mudança e preparar um plano de ação, podem ser uma grande ajuda para quem queira mudar e aumentar, consideravelmente, as hipóteses de ter sucesso. Mas, mesmo que não consiga numa primeira tentativa, um projecto bem pensado, aumenta as possibilidades de sucesso na próxima vez.

Esse caderno é seu.

As atividades aqui contidas, têm como objetivo levá-lo(a) a um melhor entendimento dos seus desejos e caso seja a sua decisão, auxiliá-lo(a) a elaborar um plano de mudança, servirá de apoio para melhor compreender-se, o ambiente em que vive, as dificuldades e possíveis meios para as ultrapassar. Indica caminhos de reflexão, para realizar individualmente e aumentar as possibilidades de se ajudar e ter mais controlo na situação.

A EQUIPA DE ENFERMAGEM DO INTERNAMENTO DA UD.



I - Afinal, qual é o meu problema?

Consumo _____ há _____ meses / anos.

Atualmente consumo:

Todos os dias ou quase ☐

Pelo menos 3 vezes por semana ☐

Todos os fins-de-semana ☐

Uma vez por semana ☐

Outro: _____ ☐ escreva aqui a frequência, caso as alternativas acima não sirvam).

A quantidade que consumo normalmente é _____

(em copos/doses, cigarros, gramas, comprimidos, dependendo do que consome).

Os problemas que enfrento (ou já enfrentei), por causa do meu comportamento, são:

(descreva-os resumidamente)

Saúde (doenças, dores, acidentes, idas às urgências, avisos dos profissionais de saúde).

Relacionamento (críticas de familiares ou amigos, brigas, separações, mau exemplo para filhos, irmãos ou outras pessoas).

Financeiro (dívidas, venda de bens, excesso nos gastos)

Policiais e judiciais (estive na esquadra, processo pendente em tribunal, estive preso)

Escola (tive prejuízos no relacionamento ou na aprendizagem, repeti o ano, fui expulso ou abandonei a escola)

Trabalho (fui chamado à atenção pelo chefe, perturbou a minha produtividade, tive problemas com colegas, acidentes ou brigas, fiquei desempregado)

Eu quero:

Parar ☐

Diminuir a frequência ☐

Diminuir a quantidade ☐

Ainda não sei bem o que quero. ☐

Outro: _____ ☐

Data: ____/____/____.



II - Prós e Contras:

Como quase tudo na vida, comportamentos e hábitos têm aspetos positivos e negativos.

Fazer mudanças poderá trazer-lhe muitas coisas que sempre quis e significar uma grande conquista mas, por outro lado, também vai sentir falta de muita coisa.

Anote coisas que considera positivas e negativas se continuar a consumir, como tem feito ultimamente.

Se não mudar nada. (Atenção que não existe certo ou errado).

Aspetos positivos	Aspetos negativos



Mudanças também têm aspectos positivos e negativos. Imagine-os e descreva-os:

Aspectos positivos	Aspectos negativos

Montar um plano:

Com as reflexões que fez anteriormente, é possível que consiga prever melhor o que vai perder e o que vai ganhar com sua nova vida, sem consumir.

Para que serve um plano?

Muitas pessoas decidem mudar algo importante na sua vida, apoiadas na força de vontade.

Para alguns, essa estratégia funciona. Para a maioria, a melhor maneira para conseguir as mudanças, é juntar à força de vontade, maneiras claras de pôr em prática os seus objetivos.

Um plano é útil para avaliar progressos, entender o que está errado e certo e mudar de atitude, se algo não estiver a resultar. Pode ajudar, saber a quem recorrer para o(a) apoiar quando for preciso e antecipar possíveis dificuldades e o modo de enfrentá-las.



III - O que quero? Estabelecer metas.

No seu plano, estabeleça metas que quer alcançar. Mas, seja claro(a).

Estabeleça datas precisas, o dia em que vai começar a mudança ou o dia em que pretende alcançar um determinado resultado.

Baseado(a) no seu objetivo, escreva qual será sua meta.

Como é que vou lá chegar?

Definir estratégias para enfrentar as situações que favorecem o consumo e que fazem parte de cada pessoa, é fundamental, para poder antecipar o modo de lidar com elas e enfrentar o caminho difícil que o(a) espera, rumo à conquista das suas metas.

Assinale todas as alternativas que entenda.

Consumo nas seguintes situações:

- Para namorar ou ter relações sexuais ☐
- Para substituir comida ☐
- Para relaxar, quando estou nervoso(a) ☐
- Para me acalmar, quando estou com raiva ☐
- Para me alegrar, quando estou triste ☐
- Para diminuir a ansiedade ☐
- Para lidar com o medo ☐
- Para festejar situações especiais ☐
- Quando estou feliz ☐
- Para me ajudar a estar em público ☐
- Para controlar a dor ☐
- Para melhorar a minha depressão ☐
- Para ouvir música ☐
- Para dormir ☐

☐

☐

☐



O meu mapa de alternativas.

Tente identificar maneiras diferentes para enfrentar situações e sentimentos que escolheu. Antecipar novas formas para enfrentá-las, pode ajudar na sua mudança de comportamento. Ao planejar, mesmo que lhe pareça estranho e artificial, vai aumentar as suas hipóteses de conseguir. Como?

Algumas ideias que o (a) podem ajudar:

- Pense nas coisas que gostaria de ter e de fazer e que talvez sejam possíveis, se parar de gastar dinheiro nos consumos: comer melhor, vestir melhor, maior conforto em casa, passear, etc.
- Lembre-se das coisas que gostava de fazer e que parou depois de começar a consumir.
- Faça uma lista de atividades novas que gostaria de experimentar e que estão ao seu alcance.
- Pense em desculpas, maneiras de recusar substâncias e que lhe podem ser úteis, quando alguém lhe oferecer.

Selecione as alternativas e situações que escolheu e coloque-as no lado esquerdo. Tente imaginar alternativas para estas situações e que não envolvam consumos e coloque-as no lado direito. Mesmo que tenha dificuldade em imaginar, tente. Servirá como um mapa pessoal para uma vida mais equilibrada e saudável.

Atividades/situações	Alternativas

Devo procurar a ajuda dos outros? Quem?

Nas atividades anteriores teve a oportunidade de definir o que quer fazer, pesar os prós e contras da sua decisão, descrever os problemas que quer enfrentar, fazer um plano de Ação, definir metas e maneiras para lidar com as situações ligadas ao seu consumo.

Um fator importante para se ter sucesso nas mudanças é ter o apoio de outras pessoas. Alguém com quem possa partilhar as suas pequenas vitórias e ficar ao seu lado nos momentos difíceis. Alguém que acredite em si, não faça julgamentos precipitados sobre o seu comportamento, saiba ajudá-lo(a) a avaliar as dificuldades e avanços.

Pense nas pessoas com quem convive e que podem dar-lhe apoio. Escreva o seu nome.

_____ Contacto _____.

Se achar bem, partilhe com elas os seus planos desde o princípio e peça a sua ajuda. Mas, se achar que primeiro precisa de começar a sua mudança, espere um pouco. Caso tenha dificuldade em fazer a escolha, não desanime, pense durante algum tempo no seu passado e presente e encontrará alguém.

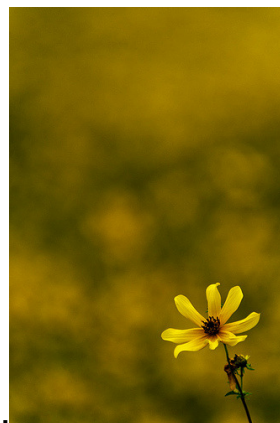
III - Quando começar?

Se no princípio não definiu a data, que tal fazê-lo agora?

No caso de não querer estabelecer esse compromisso, há alternativas:

- Volte a ler este caderno, quando tiver uma ideia da data certa e veja se o que escreveu, precisa de alguma atualização.
- Inicie as mudanças, logo que se sinta preparado(a), tome nota da data do início do caderno, para poder avaliar o seu progresso.

O MEU PRIMEIRO DIA DE VIDA ____/____/____.



Reflexões Finais

Esse caderno de atividades é seu aliado numa batalha que requer muita coragem e planejamento. Se é dos (as) que já tentaram várias vezes e se sente desmoralizado(a), os especialistas têm uma boa notícia: poucos são aqueles que conseguem parar de consumir alguma substância (cigarros, bebida, remédios, cocaína, etc.) na primeira vez que se propõem a fazê-lo. Geralmente, é preciso errar para aprender, sentir as dificuldades para planejar melhores maneiras de enfrentá-las. É como aprender a andar de bicicleta: só depois de alguns tombos é que se consegue equilibrar. Claro que não precisa de ser assim para todos, há pessoas que conseguem na primeira vez. Mas se não é o seu caso, o segredo do sucesso é a insistência.

Tentações e possíveis escorregadelas, por vezes acontecem, nesta jornada difícil. Nesse caso, procure imediatamente ajuda, antes que a recaída se instale definitivamente. Cada vez que se sinta perto de abandonar esta luta, respire fundo. Lembre-se do seu exercício de prós e contras e concentre-se nas coisas positivas que nomeou, rumo a um novo estilo de vida. Lembre-se também dos problemas que já enfrentou por causa do seu consumo e que nomeou anteriormente. Veja o mapa de alternativas que fez. Lembre-se também de contactar as pessoas que identificou e que podem ajudá-lo(a). Procure-as nem que seja para conversar sobre outras coisas.

Caso já tenha tentado ou até já tenha mudado algumas vezes, mas depois voltou “para a vida de sempre”, não se deixe desanimar. Se pararmos para pensar sobre, como as pessoas costumam avaliar-se umas às outras, vamos reparar que, muitas vezes, aquele que reconheceu os seus erros, prometeu mudar mas, até hoje não conseguiu, é mais criticado do que aquele que nunca planeou ou prometeu mudar e que, simplesmente, se recusa a ver a realidade e as consequências da vida que leva. Não se envergonhe de ser o que está

sempre à procura e a tentar. Um dia, os seus esforços vão certamente ser recompensados. E é bem possível que, se levou a sério e acompanhou todas as atividades propostas neste caderno, possa significar que este é um momento importante para começar uma **vida nova, mais saudável e feliz.**



CONTE CONNOSCO.A EQUIPA UD.

Contactos: UD TELxxxxxxxxxx; TM xxxxxxxxx.

ET _____; _____.

NORMA DA ACTIVIDADE “MUDAR COMPORTAMENTOS”

TÍTULO:

Atividade terapêutica: Mudar Comportamentos para Prevenção da Recaída.

CONCEITO

Abordagem que propõe uma atividade terapêutica no formato de caderno “Mudar Comportamentos”, a ser desenvolvida ao longo de duas sessões, com a duração de sessenta minutos, na antevéspera e véspera da data prevista para a alta.

Propõe-se a abordagem da tomada de consciência, crenças e atitudes, promover estratégias de coping e a identificação de situações de risco, motivar a adesão ao tratamento e prevenir possíveis recaídas em pessoas com estilos de vida considerados de risco.

OBJECTIVO

Estimular a motivação da pessoa como fator capaz de prognosticar o resultado satisfatório do tratamento de dependências de SPA e subsidiar um estilo de vida saudável.

Com o caderno “Mudar Comportamentos”, pretende-se abordar crenças e atitudes a respeito do consumo de SPA, promover habilidades de enfrentamento para situações de risco que ameacem a abstinência da pessoa adicta, objetivando motivá-la para a mudança e prevenir a recaída.

FUNDAMENTAÇÃO

O modelo Transteórico desenvolvido por Prochaska e Di Clemente nos anos 70 é uma abordagem útil na abordagem psicossocial de pessoas adictas (SZUPSZYNSKI, K; OLIVEIRA, M 2008). Caracteriza a motivação como um processo dinâmico e enumera os estadios de mudança comportamental nos quais a pessoa transita de uma forma que não é linear (CALHEIROS; ANDRETTA; OLIVEIRA, 2006).

No processo de mudança de comportamentos e adesão ao tratamento, a motivação para o tratamento é considerada pelos autores, como fundamental nas pessoas com comportamentos aditivos, sendo mesmo considerada como

determinante e prospectiva para obtenção de melhores resultados (PROCHASKA; Di CLEMENTE; NORCROSS,

1992). A mudança comportamental propõe-se estimular o comprometimento com a mudança, por meio de uma abordagem psicoterapêutica e psicoeducacional, que diminua a ambivalência (ROLLNICK et al 1992; ROLLNICK et al 1993; MILLER; ROLLNICK, 2001) e promova a tomada de consciência com o aumento da autoeficácia. Ou seja, a aplicação de estratégias certas (processos) no momento certo (estádios) (PROCHASKA; Di CLEMENTE; NORCROSS, 1992).

De acordo com CALHEIROS; ANDRETTA; OLIVEIRA, (2006), os processos de mudança podem ser divididos em dois grupos: processos cognitivo-experienciais em que se constata o aumento da consciência; a reavaliação de si; a ativação emocional e a dramatização; a reavaliação ambiental; a libertação social e processos que dizem respeito, principalmente, a aspetos comportamentais (libertação; contra condicionamento; controle de estímulos; gestão de recompensas; relações de ajuda).

A mudança comportamental ocorre por fases, através das quais as pessoas passam por vários níveis de prontidão para a mudança (SZUPSZYNSKI, K; OLIVEIRA, M, 2008b).

Na primeira fase, conhecida como pré-contemplação, não há nenhuma intenção de mudar porque a maioria das pessoas não admite que o consumo representa um problema (CALHEIROS; ANDRETTA; OLIVEIRA, 2006). A segunda fase, contemplação, é caracterizada pela ambivalência das pessoas. Elas consideraram as implicações que esta mudança irá trazer para si e para a vida das pessoas à sua volta (SZUPSZYNSKI, K; OLIVEIRA, M, 2008a). A terceira fase é a fase de preparação em que a pessoa tomou a decisão de mudar, mas não tem estratégias para colocá-la em prática. A quarta fase é ação, onde as estratégias para mudar são colocadas em prática (CALHEIROS; ANDRETTA; OLIVEIRA, 2006). A última fase é a manutenção, em que a mudança de estilo de vida das pessoas se torna eficaz. Então, compete à pessoa manter a mudança ao longo do tempo, daí o interesse no seu acompanhamento e as habilidades necessárias para prevenir recaídas (SZUPSZYNSKI, K; OLIVEIRA, M, 2008a). Neste modelo, a recaída é considerada como uma fase dinâmica e não linear, em que a pessoa pode estar na fase de manutenção e ter uma recaída provocando um regresso a estádios anteriores (BARLETTA, 2010; CALHEIROS; ANDRETTA; OLIVEIRA, 2006).

A entrevista motivacional (EM) é um estilo de intervenção, destinado a auxiliar o profissional de saúde na sua prática de cuidados, focado na pessoa e de modo a ajudar na identificação dos seus problemas, quando há ambivalência na mudança comportamental e facilitar o compromisso para a mesma, recorrendo ao aconselhamento psicossocial e com uma abordagem psicoterápica encorajadora. (ROLLNICK, MILLER, 2002). Contraria a intervenção comumente adotada pelos profissionais de saúde que se suportam num estilo terapêutico diretivo. Perante este tipo de intervenção, é frequente a adoção de uma atitude passiva ou resistente, o que por si só concorre para o insucesso terapêutico (ROLLNICK et al, 2005). Envolve deste modo ao recurso a uma abordagem empática, sem juízo de valor e de apoio à análise da ambivalência da pessoa sobre a mudança de comportamentos na sua dependência de SPA. Reconhecer o estágio de prontidão para a mudança (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, ou fase de manutenção), constitui um aspeto importante, assim como o conhecimento da origem da motivação que pode ser externa (pressões, ações coercivas) ou interna (motivação da própria pessoa). (CASTRO, PASSOS, 2005).

MILLER; ROLLNICK (2001) referem-se à entrevista motivacional como sendo uma abordagem criada na perspetiva de ajudar a pessoa a identificar os seus problemas reais e potenciais quanto à ambivalência, sendo tão eficaz como outras intervenções mais longas em clientes dependentes de SPA. A intervenção motivacional breve é vista como um importante instrumento terapêutico, por ser uma forma de intervenção concisa, com base na entrevista motivacional, e cujo objetivo é conseguir a mudança no comportamento da pessoa e estimular a tomada de decisão e envolvimento com a mudança. A Associação Americana de Psiquiatria recomenda com segurança clínica substancial (grau de recomendação I) a utilização das intervenções breves, na abordagem dos comportamentos aditivos, considerando a sua eficácia na redução dos consumos.

Esta intervenção é composta por uma a três sessões, da qual fazem parte seis elementos. Estes elementos foram reunidos no acróstico FRAMES (F: feedback, R: responsibility, A: advice, M: menu, E: empathy e S: selfefficacy) ou, mudando para o português, ADERIR (A: reforço da auto-eficácia da pessoa (self-efficacy), D: devolução (feedback), E: empatia do terapeuta (empathy), R: responsabilidade pessoal (responsibility), I: inventário de uma abordagem específica de tratamento (menu) e R: recomendações claras para a mudança de hábitos (advice).

A devolução consiste na restituição da informação, apresentando o resultado através do caderno. Este processo permite promover a motivação e iniciar o processo motivacional. A responsabilidade baseia-se no comprometimento da pessoa no processo de mudança de comportamento. O aconselhamento é dirigido para os problemas que a pessoa apresenta ou que possa vir a enfrentar e a sua possível relação com outros problemas de saúde. Outro elemento é estabelecer um conjunto de estratégias, identificando situações de risco do consumo de substâncias e definir objetivos e planos para os alcançar.

A empatia reporta-se à atitude do profissional de saúde, que deve ser segura, objetiva e compreensiva com o intuito de promover uma relação, que se pretende terapêutica. Ao expressar empatia promove a possibilidade de construir uma aliança terapêutica, a qual se obtém através da escuta ativa e do desejo de compreender as esperanças e receios da pessoa. Com efeito, a aceitação das limitações por parte da pessoa contribui para a sua mudança comportamental.

Autoeficácia é a crença da pessoa na sua capacidade de realizar ou de ter êxito numa tarefa específica. Pode ser considerada como elemento-chave na motivação para a mudança e pode ainda ser um indicador de resultados do tratamento (MILLER e ROLLNICK, 2001). De WEERT-van OENE *et al.* (2001) referem a autoeficácia como bom indicador quanto à duração do tratamento. Segundo os mesmos autores, pessoas com maior autoeficácia apresentam maior capacidade de enfrentar os problemas relacionados com a dependência de SPA e concluem mais rapidamente o tratamento com sucesso. Relativamente à autoeficácia, esta consiste na promoção da confiança da pessoa de modo a estimular a confiança nos seus recursos internos, evitando a argumentação e acompanhando a espectral resistência.

Desenvolver a discrepância significa ajudar a pessoa consciencializar-se dos custos do seu comportamento atual, relacionados com a sua dependência de substâncias psicoativas, e dos seus recursos pessoais para reformular o seu projeto de vida. Perdas frequentes relacionadas com as substâncias psicoativas podem ser catalisadoras do aumento dos níveis de motivação pessoal para a mudança comportamental (BLUME e MARLATT, 2000; BLUME e SCHMALING, 1998).

Evitar a argumentação diz respeito à necessidade de não enveredar por discussões moralizadoras ou contraproducentes acerca do diagnóstico de dependência de substâncias psicoativas.

Acompanhar a resistência distingue-se por reconhecer o estado motivacional da pessoa e orientar as intervenções terapêuticas de forma individualizada. Têm sido construídas escalas que avaliam o estágio de motivação do cliente, numa tentativa de aumentar o rigor e validade da identificação do estágio atual da pessoa em particular e orientar o profissional de saúde na escolha da estratégia terapêutica mais adequada à situação e à pessoa. Para servir de guia em anexo a esta norma consta uma tabela de consulta rápida sobre a Entrevista Motivacional.

PRÉ-REQUISITOS

Pessoas internadas na UD, consumidores de drogas ilícitas e ilícitas e que acedam participar na atividade, com exclusão de pessoas com quadro confusional presente.

MATERIAL

Sala das técnicas psicossociais;
Esferográficas;
Caderno “Mudar Comportamentos” (ANEXO);
Folha de registos (ANEXO).

SOCRATES 8D

PROCEDIMENTO

Iniciar a intervenção com o grupo de pessoas internadas e na antevéspera da data prevista para a sua alta com a distribuição do caderno, no dia seguinte continuação da atividade e finalizar com a avaliação das sessões.

1ª Sessão (em grupo/individual):

Convite individualizado para a participação na atividade;
Explicar a dinâmica e o objetivo da atividade a realizar;
Garantir o sigilo e confidencialidade;
Gerir ambiente físico (luminosidade, ruídos e disposição das cadeiras em círculo);
Aplicação do questionário SOCRATES 8D individualmente;
Solicitar às pessoas que se sentem à volta da mesa;
Distribuir caderno “Mudar Comportamentos” e esferográficas;
Oferecer ajuda para as que apresentem dificuldades na escrita e/ou leitura;
Pedir às pessoas que reflitam antes de responderem às questões;

Recolher esferográficas, assim como cada caderno previamente identificado por cada elemento;

Realizar registo de cada cliente;

Avaliar o modo como decorreu a sessão.

2ª Sessão (grupo):

Gerir ambiente físico (luminosidade, ruídos e disposição das cadeiras em círculo);

Solicitar aos clientes que se sentem à volta da mesa;

Relembrar a dinâmica e o objetivo da atividade a realizar;

Redistribuir o caderno “Mudar Comportamentos” e esferográficas;

Realizar registo de cada pessoa participante;

Avaliar com as pessoas o modo como decorreu a sessão, apontando os pontos fortes e fracos da experiência.

Solicitar aos clientes que reflitam e respondam às perguntas;

Distribuir folha - Avaliação da intervenção terapêutica proposta pela equipa de Enfermagem.

Devolução dos resultados do questionário de forma individual, com intervenção terapêutica ajustada a cada caso e conforme resultados;

Realizar registo de cada cliente;

Avaliar o modo como decorreu a sessão.

Explicação passo a passo

Caderno “MUDAR COMPORTAMENTOS”

Há evidência científica significativa para as estratégias psicossociais no tratamento comportamento aditivo. (NIDA, 1999). Também SECADES-VILLA e FERNANDEZ-HERMIDA (2006) consideram como técnicas aplicáveis, com componentes credíveis no tratamento da adição, a gestão de contingências, treino de habilidades e as técnicas cognitivo-comportamentais, combinadas entre si ou aplicadas isoladamente. A estas técnicas adicionámos o Modelo de Prevenção da Recaída (PR), inscrito nas teorias cognitivo-comportamentais, de modo a assegurar que permitia às pessoas adictas antecipar e lidar com situações de risco, assim como promover abordagens para o auto controlo que concorressem para reduzir o risco de recaída e promover mudanças no estilo de vida.

Como referido, os fatores relacionados com o desenvolvimento e manutenção de comportamentos aditivos são múltiplos e de diferentes tipos. Justifica-se assim a interesse da aplicação de estratégias com base cognitivo-comportamental para a

abordagem deste problema, conjugadas com o tratamento farmacológico (SECADES-VILLA e FERNANDEZ-HERMIDA, 2003). Consequentemente, os modelos de tratamento necessitam de tipos de intervenções, que incluam elementos biológicos, psicológicos e sociais (KAPLAN *et al*, 2007). As estratégias devem ponderar também, a baixa adesão e a falta de motivação para o tratamento, que contribuem para recaídas reiteradas.

OLIVEIRA *et al*, (2003) referem que a pessoa que procura tratamento não se encontra só no estadio de Ação, tal como se comprovou na fase de diagnóstico. A pessoa internada para o tratamento da adição, mas que não se envolve no seu tratamento, não reconhece os problemas provenientes do abuso SPA, ou mostra-se ambivalente quanto a manter ou interromper o consumo. Pode evidenciar que se encontra noutro estadio que não o de Ação. Por outro lado, o estadio de Manutenção pode e deve ser estimulado durante toda a vida, mantendo os ganhos e evitando as recaídas. É uma fase difícil, mas essencial no tratamento de qualquer adição.

São vários os estudos que descrevem uma amostra de adictos composta, na sua maioria, pessoas com baixo nível de escolaridade e com múltiplos internamentos (CHAVES, SANCHEZ, RIBEIRO e NAPPO, 2011; GUIMARAES, SANTOS, FREITAS e ARAÚJO, 2008; OLIVEIRA e NAPPO, 2008).

SERAFINO (1990) constatou que pessoas com maior nível educacional e com estatuto socioeconómico mais elevado manifestam uma maior probabilidade de ter menos problemas em relação às pessoas com estatuto socioeconómico mais baixo. Uma das razões invocadas para a preponderância da classe social, prende-se com a existência de diferentes grupos sociais, com conjunturas desiguais na vida e com o grau de stress elevado, assim como, o acesso aos recursos da sociedade (BENNET, 2002).

Sabe-se que na adição, a adesão ao tratamento representa um grande desafio. Estudos clínicos randomizados como o de WALDRON, TURNER e OZECHOWSKI (2005), têm sido realizados com o intuito de compreender qual intervenção mais adequada para o tratamento desta patologia.

Alguns estudos como o STEPHENS, CELLUCI e GREGORY (2004) e HENDERSON, SAULES e GALEN (2004) têm contribuído para a validação do MTT, correlacionando o estadio motivacional com a adesão ao tratamento.

Atualmente, a abordagem causal das doenças passou para uma abordagem holística em detrimento da explicação orgânica, envolvendo desta forma os estilos

de vida. O conceito de estilo de vida como sendo um conjunto de decisões individuais que afetam a vida das pessoas na forma como estas decidem conduzi-la (MATARAZZO, 1984), é também caracterizado pelo WHO (1998) como um modelo de comportamento que poderá ter um efeito relevante na saúde das pessoas, ao estar relacionado com aspetos que espelham as atitudes, os valores e as oportunidades nas suas vidas.

A desabituação é apenas a primeira etapa de tratamento da adição e, por si faz pouco para mudar o consumo de SPA a longo prazo. Apesar de a desabituação gerir com segurança os sintomas físicos agudos da abstinência, pode para algumas pessoas, sedimentar o caminho para o tratamento eficaz e ajudar a atingir a abstinência a longo prazo com intervenções que podem envolver a pessoa no seu tratamento.

Com base no exposto anteriormente, elaborámos o mediador terapêutico sustentado no MTT e na Teoria das Transições, recorrendo a uma estratégia terapêutica com inspiração na técnica da EM, que passamos a expor.

I - Afinal, qual é o meu problema?

- Aumento da consciência Meleis

Com estas questões pretende-se desenvolver competências que diminuem a resistência em reconhecer a necessidade de mudança ou a identificar ações que contribuam para a alteração da sua situação atual, sem a mobilização de recursos necessária para o efeito, aferir expectativas irrealistas; e reforça-se a necessidade de esforço no envolvimento no processo, justificado com o possível deficit no auto conhecimento.

De acordo com o recomendado pelo MTT, pessoas em estadios iniciais da mudança, ou seja na pré-contemplação e na contemplação, recorrem menos aos processos de mudança comportamental comparativamente com pessoas noutros estadios mais avançados. Nos estadios de pré-contemplação e contemplação, portanto usam mais processos cognitivos. (PROCHASKA; Di CLEMENTE 1982)

De acordo com MELEIS *et al* (2000), a teoria de médio alcance das transições facilita uma leitura mais aprofundada sobre as transições que a pessoa está a vivenciar nesta fase do tratamento, pode propiciar orientações específicas para a prática e nortear intervenções congruentes com o estadio da pessoa com estratégias de prevenção, promoção e intervenções terapêuticas ajustadas à transição que a pessoa vivencia (MELEIS *et al*, 2000).

As transições são complexas e multidimensionais nestas circunstâncias, apresentando propriedades como a consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, o espaço de tempo e os pontos críticos e eventos (MELEIS *et al*, 2000).

A consciencialização relaciona-se com a percepção que a pessoa tem sobre a sua situação, o conhecimento e o reconhecimento da transição que a pessoa está a vivenciar e constituiu-se como uma das propriedades da transição. CHICK e MELEIS (1986) consideram que a consciencialização é uma característica que define a transição e que a ausência da consciência da mudança, ou um grau de consciencialização deficiente, poderá significar que a pessoa ainda não experienciou o início de transição. Ao propor-se fomentar o nível de consciência pretende-se que se traduza num grau de harmonia entre o que se sabe sobre os processos e respostas esperadas e as percepções das pessoas adictas que vivenciam transições análogas. Pretende-se também que incremente o envolvimento da pessoa na mudança pretendida (MELEIS *et al*, 2000).

Com estas questões propõe-se o aumento de consciência sobre si e o problema relativo ao seu consumo, por análise, verificação, interpretação do comportamento aditivo, para que a pessoa possa processar a informação de modo real e de forma mais concordante com a sua situação (PROCHASKA; Di CLEMENTE 1982).

- Auto reavaliação

Com as questões colocadas pretende-se que a pessoa faça a reavaliação cognitiva e emocional dos valores em relação ao comportamento problemático, auscultando o que a pessoa sente e pensa. São criadas as condições para abordar as cognições mal adaptativas resultantes das vivências e crenças relativas ao seu consumo.

É possível criar momentos para psicoeducação sobre substâncias e as suas consequências. Realçar os ganhos em saúde com a alteração dos consumos e comportamentos de risco.

O grupo pode propiciar momentos que concorram para a influência positiva e reforço da auto eficácia. FLIGIE (2004) refere que “A ação terapêutica do grupo pode processar pela possibilidade de cada um se ver e refletir nos outros e de poder reconhecer aspetos que estão negando”.

- Reavaliação ambiental (PROCHASKA; Di CLEMENTE 1982)

Procuramos reflexões e a avaliação quanto aos custos e benefícios da mudança de comportamento por parte da pessoa, como seu o comportamento afetou o envolvimento físico e social.

- Nível de consciência previsto por PROCHASKA; Di CLEMENTE (1982)

É abordada a elevação da consciência quanto aos esforços feitos e a fazer na procura de novas informações e na procura de perceber e receber feedback acerca do comportamento problemático.

- Alívio dramático (PROCHASKA; Di CLEMENTE 1982)

Neste aspeto, são referidos os aspetos afetivos da mudança envolvendo, muitas vezes, experiências emocionais intensas relacionadas com o comportamento problemático. Por vezes podem ocorrer momentos de maior expressão de sentimentos o que corrobora os achados da literatura que afirma que o adicto comumente distancia-se das suas funções sociais e, conseqüentemente, do seu emprego, pois o ato de consumir ocupa uma função central no seu quotidiano, em detrimento de outras atividades. (RIBEIRO, ANDRADE, 2007).

A quantidade que consumo normalmente.

Ao determinar o padrão de consumo de cada participante, proporciona o “julgamento” de como o seu comportamento problemático afeta o seu ambiente pessoal e físico. São abordadas as crenças das pessoas sobre saúde e doença, conscientizando-as sobre fatores de risco e proteção, a fim de modificar comportamentos prejudiciais e manter hábitos promotores de saúde (OGDEN, 1999).

Podem ser referidos os efeitos esperados do consumo de SPA pelos participantes, e a possível desvalorização dos mesmos. FLIGIE (2004) afirma que na fase inicial, em que as pessoas estão renitentes e ambíguas, é importante o recurso a técnicas motivacionais e prevenção da recaída, que auxiliem de maneira consistente a lidar com conflitos em relação ao hábito de beber ou consumir SPA.

Para o modelo de PR de MARLATT e GORDON o papel dos fatores cognitivos para determinar a responsabilização na recaída têm um papel central. Por exemplo, ao enfrentar situações de alto risco de forma eficaz a pessoa pode aumentar a autoeficácia uma vez que percebe a capacidade para lidar com uma situação iminente e por sua vez, diminuir a probabilidade de recaídas. Por outro lado, um regresso ao comportamento problema pode deteriorar a sua autoeficácia, aumentando o risco de falhas futuras. (BANDURA 1997).

Neste momento introduz-se a noção de lapso e como este poderá contribuir para que aconteça uma recaída. Para MARLATT, GORDON (1985), atitudes ou crenças sobre as causas e o significado de um lapso poderá determinar se uma recaída se estabelece com o regresso ao consumo anterior. Ao considerar um lapso como um fracasso pessoal pode propiciar sentimentos de culpa e consequente abandono do objetivo na mudança de comportamento, como referem LARIMER, PALMER, MARLATT (1999). Esta reação, chamada Decisão Aparentemente Irrelevante (MARLATT, GORDON (1985), é considerada mais plausível quando a pessoa tem uma visão dicotômica da recaída ou quando desvaloriza a hipótese de considerar explicações situacionais como antecipatórias primárias da recaída.

Os problemas que enfrento (ou já enfrentei), por causa do meu comportamento, são:

- Alívio dramático (PROCHASKA; Di CLEMENTE 1982)

Pretende-se aumentar a sua consciência emocional face ao problema.

Podem ser referidos os aspetos afetivos da mudança envolvendo, muitas vezes, experiências emocionais intensas e relacionadas

É reforçada a necessidade de reconhecer a necessidade de mudança da situação atual, ainda que sem definição de um plano de ação concreto.

Eu quero:

Esta é a fase do plano de ação que cada participante manifesta o que pretende. De acordo com PROCHASKA; Di CLEMENTE (1982) este item corresponde à fase de Auto Libertação, em que a pessoa tem autonomia para alterar comportamentos.

É feita pelos participantes a identificação e o reconhecimento das etapas necessárias para o cumprimento das metas que cada um pretende atingir. Reconhecimento das ações e dos recursos externos e internos necessários para a consecução de cada meta. Identificação de soluções e recursos alternativos para poder atingir cada etapa.

RIGOTTO e GOMES (2002) assinalam que ao incrementar a abstinência, as pessoas recuperaram a capacidade adaptativa, com atitude modificadora, frente às diversas situações da vida. Para os mesmos autores, a vivência da abstinência pode ser explicada como um esforço do reconhecimento do seu problema de

adição, o regresso ao convívio familiar, a recuperação da autoestima, evitando ambientes propícios ao consumo e com a rutura de hábitos arraigados.

É de esperar que participantes em estadios de motivação mais avançados tenham opiniões, com argumentos que manifestem uma atitude congruente com o aumento de consciência sobre o comportamento não desejável e com exemplos pessoais vividos.

II - Prós e Contras

De acordo com PROCHASKA e NORCROSS (2001), cada estadio configura, além de um período de tempo, um conjunto alterações das expectativas com o objetivo de progredir para o estadio seguinte. A reestruturação cognitiva é necessária para a alteração das expectativas, conforme mencionam PROCHASKA; Di CLEMENTE (1992).

A Pré-contemplanção equivale ao estadio em que não existe propósito de mudar o comportamento num futuro próximo, usualmente avaliado como os seis meses seguintes. As pessoas podem estar neste estadio por deterem pouca ou nenhuma consciência, acerca das consequências dos seus comportamentos. Ou também podem ter feito várias tentativas e ficarem célticos quanto às suas capacidades de mudança. Tal como PROCHASKA *et al*, (1992) referem, ambicionar modificar o comportamento é diferente de estar a considerar e planear a mudança de forma efetiva. Tendem a defender-se ao falar ou refletir sobre os seus comportamentos de risco.

Por outro lado as pessoas no estadio de Contemplanção, estão conscientes de que existe um problema e pensam seriamente em superá-lo, mas ainda não se comprometeram com a ação (PROCHASKA e NORCROSS, 2001). A intenção de mudar reporta-se aos seis meses seguintes. Estão mais conscientes das vantagens da mudança, mas também ponderam sobre as desvantagens. É este equilíbrio entre custos e benefícios que pode originar ambivalência e causar o que frequentemente se denomina de contemplanção crónica ou procrastinação comportamental (PROCHASKA e VELICER, 1997).

Na Preparação é o estadio em que as pessoas têm propósito de agir num futuro próximo, geralmente avaliado como o mês seguinte. Tipicamente estas pessoas já adotaram algumas medidas no passado, mas sem sucesso. (PROCHASKA e VELICER, 1997).

No estadio Ação as pessoas alteram o seu comportamento, as suas experiências e o seu ambiente de modo a ultrapassarem os seus problemas. Este estadio envolve mudanças comportamentais mais evidentes e requer um considerável compromisso em termos de tempo e energia. As reorganizações do comportamento problemático feitas no estadio de Ação são mais visíveis e percebidas com maior reconhecimento externo (PROCHASKA e NORCROSS, 2001). O período corresponde entre um dia a seis meses (PROCHASKA e NORCROSS, 2001).

A Manutenção equivale, segundo PROCHASKA e NORCROSS (2001), à fase em que as pessoas agem de modo a prevenir uma recaída e para fortificar os ganhos alcançados durante o estadio anterior. O critério para se considerar que uma pessoa está neste estadio corresponde a ser capaz de estar livre do comportamento problemático e de forma consistente esforçar-se para ter um comportamento diferente e oposto, durante mais de seis meses.

Os estadios de mudança individuais propiciaram um desafio para a intensidade, duração e o tipo de intervenção, que foi sensível ao estadio de mudança de cada pessoa, mas todas precisaram ajuda nas estratégias a implementar para preservar a abstinência a longo prazo (Di CLEMENTE *et al*, 1991).

O item seguinte pode demonstrar de forma clara, a diferença entre os estadios de cada pessoa, com as pessoas nos estadios iniciais a referirem mais aspetos positivos que negativos. Poderá também refletir a baixa de auto eficácia da pessoa com pouca confiança em si para poder adotar um modelo de comportamento diferente como defende SUMMERFIELD, (2012).

Podemos recorrer ao conceito de envolvimento defendido por MELEIS *et al*, que referem que enquanto propriedade da transição, traduz a noção de participação ativa e interessada no processo de transição e que pode ser desencadeado tanto por factos fora do controlo da pessoa como pela própria e que pode atingir mais do que uma pessoa e é influenciado pelo contexto e pela situação, neste caso a pessoa adicta internada para desabitação de SPA.

Após esta sessão é feita a avaliação.

II SESSÃO

Mudanças também têm aspetos positivos e negativos. Imagine-os e descreva-os: Para MELEIS (2005, p.107), a pessoa deve ser entendida como “(...) ser humano com necessidades específicas que está em constante interação com o meio

envolvente e que tem a capacidade de se adaptar às suas mudanças mas, devido à doença, risco de doença ou vulnerabilidade, experimenta ou está em risco de experimentar um desequilíbrio”. Deste modo, constata-se que o conceito de transição reúne a continuidade e descontinuidade dos processos de vida, definindo-se por períodos de imprevisibilidade entre estados de equilíbrio (MELEIS, 2007).

No MTT um dos elementos básicos do modelo é a questão dos prós e os contras da mudança, os quais caracterizam os aspetos motivacionais e da decisão de mudança. Para motivar para a mudança, recorreremos à compreensão dos prós e à diminuição do valor dos contras, fundamentados na metanálise realizada por HALL e ROSSI (2008) que verificou a existência da relação clara e consistente entre os estadios da mudança e os prós e contras da mudança, em variados tipos de problemas.

O instrumento utilizado neste contexto é o balanço decisional. Neste exercício é solicitado à pessoa que indique os aspetos positivos (vantagens) e aspetos negativos (desvantagens) na mudança do seu comportamento. Este exercício prático possibilita que a pessoa explice o conflito interno e reflita sobre a possibilidade de mudança. (FERREIRA-BORGES e CUNHA FILHO, 2007). O Alívio dramático inicialmente produz o aumento das experiências emocionais negativas. As intervenções centralizam-se nos riscos para a sua saúde e no apelo para se sentirem inspirados por pessoas que fizeram mudanças saudáveis. (PROCHASKA; Di CLEMENTE 1992)

Para alguns elementos dos grupos por vezes é necessário aferir as incongruências do seu comportamento e as consequências das escolhas feitas. Recorre-se ao aconselhamento para estimular a hipótese de poderem substituir comportamentos problemáticos por outros mais positivos e gratificantes, com o objetivo de reforçar a hipótese do Contra condicionamento. (PROCHASKA; Di CLEMENTE 1992).

Montar um plano:

Deseja-se nesta fase e baseados na preparação antecipada referida por MELEIS *et al* (2000), sobre o que podem esperar durante a transição para a mudança e as estratégias a usar para a gestão da sua situação atual, de modo a potencializar a experiência positiva para uma transição saudável. O processo de metamorfose nos hábitos aprendidos envolve pelo menos três estadios: comprometimento e

motivação, implementação de ações concretas na mudança comportamental e a manutenção desse comportamento a longo prazo. (MARLATT e GORDON 1993).

III - O que quero? Estabelecer metas

Através da Auto libertação defendida por PROCHASKA; Di CLEMENTE (1992), reforça-se a crença pessoal dos participantes para mudar comportamentos e o compromisso para atuar. Ao fortalecer a auto eficácia (PROCHASKA; Di CLEMENTE 1992) prevista pelos autores, intervêm-se para possibilitar o aumento da autoeficácia da pessoa, que será o "fator chave para o sucesso da mudança e o aumento da confiança" (VELÁSQUEZ, MAURER, CROUCH, Di CLEMENTE, 2001, p.10).

Consumo nas seguintes situações:

Nesta fase pretende-se avaliar as de situações de risco referidas por cada participante.

No modelo de PR de MARLATT a premissa básica é que a recaída é imediatamente precedida por uma situação de risco, definida como qualquer momento que confere vulnerabilidade para se ajustar ao comportamento alvo. Exemplos de situações de risco incluem estados emocionais ou cognitivos, que afetam negativamente a auto eficácia, as contingências ambientais, ou estados físicos provocados por possível abstinência. Embora algumas situações de risco são quase universais em comportamentos de dependência, por exemplo, estados emocionais negativos, as situações de risco são suscetíveis de variar nos comportamentos, na pessoa e na mesma pessoa ao longo do tempo. (BAKER *et al* 2004).

O meu mapa de alternativas.

A preparação e conhecimentos antecipados sobre o que irá ocorrer durante a transição e as estratégias necessárias para a gestão da situação, facilitam a experiência na transição. Segundo MELEIS *et al* (2000) as condições que concorrem para uma transição saudável, são os recursos da comunidade e as condições da sociedade que podem dificultar ou facilitar a vivência da transição. O Contra condicionamento (PROCHASKA; Di CLEMENTE 1992) refere a necessidade de substituir a ansiedade passível de ser desencadeada pela abstinência de SPA por estratégias alternativas de *coping*. Com a dificuldade manifestada pelos participantes, em projetar no futuro, pode ser necessário fazer

sugestões. No entanto alguns participantes podem ter mais facilidade em referir o que “gostariam de ter” e dificuldade em referir “como fazer para lá chegar”.

Incidir a intervenção na aprendizagem para a antecipação de situações de risco e na forma como lidar com as pressões internas e externas realçando os problemas que poderiam levar à recaída. Ou seja, fazer o treino de assertividade.

Devo procurar a ajuda dos outros? Quem?

As Relações de ajuda de acordo com (PROCHASKA; Di CLEMENTE 1992), realçam a necessidade de ampliar o suporte social em direção a um estilo de vida mais seguro. Com o apoio familiar o adicto mantém-se motivado para iniciar e manter o tratamento, com os auxílios necessários para prevenir a recaída. SILVA *et al* (2010).

Enfatizar a necessidade do aumento da rede de apoio social para obter e reter relacionamentos interpessoais que podem fornecer o apoio para que a pessoa se sinta mais confiante nas suas habilidades. NETO (2009) identificou quatro etapas no processo de reinserção social das pessoas adictas. A reaproximação aos diferentes contextos sociais, como a família, a comunidade, ou a sociedade, nas vertentes como a educação, o trabalho e a saúde.

Se a pessoa for competente para apreender novas estratégias para lidar de forma mais saudável e adequada com os seus problemas, pode-se dizer que se está a intervir na área da reinserção sociofamiliar e na motivação para a mudança de estilos de vida.

Apesar da existência de vários modelos e técnicas de reabilitação psicossocial, GAGO (1996), citado por FERREIRA-BORGES e CUNHA FILHO (2004), refere que na fase de supervisão do processo é importante perceber como as pessoas se estão a sentir e a vivenciar o processo, tenta-se perceber quais são as suas dificuldades e identifica-se algumas alternativas, como os grupos de auto ajuda, a ocupação dos tempos livres e fornece-se o apoio emocional a cada participante.

III - Quando começar?

Esta é a fase da Avaliação

É feito o balanço da ação planeada e executada, avaliado o impacto, e o reequacionamento das decisões e das estratégias.

São reforçadas as competências a desenvolver e a necessidade de o fazer, sempre com o espaço necessário para a pessoa decidir por si, assumindo a

responsabilização na condução do seu processo, colocando o foco na solução do seu comportamento problema. Ou seja, é feito o reforço da Autodeterminação, da Auto reavaliação do Self e a Tomada de Consciência. (PROCHASKA; Di CLEMENTE 1992) Pretende-se o envolvimento e a sua responsabilização num compromisso terapêutico, considerados como elementos centrais da mudança de comportamento (PROCHASKA, 2008).

O MEU PRIMEIRO DIA DE VIDA NOVA

Pretende-se reforçar a fase de autonomia com o reforço à capacidade de desenvolver o seu processo de construção de um projeto de vida de forma autónoma. Reforça-se a tomada de decisão com a capacidade de definição de estratégias e a sua concretização, de forma autónoma.

As transições podem estimular o aumento de aptidões cognitivas e interpessoais renovadas, assim como a abertura para valores e crenças pessoais modificadas. A resiliência é percebida como um processo multifatorial ampliado ao longo da vida em que pode acontecer uma adaptação positiva, mesmo num contexto adverso ao desenvolvimento (MASTEN, OBRADOVI 2006). Na revisão da literatura feita por BECOÑA (2007), sobre a resiliência e o uso de SPA destacou-a como uma estratégia de enfrentamento, com oportunidade de contribuir para a autonomia e para a competência social, da pessoa adicta.

<i>CARACTERÍSTICAS DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL</i>
Identificação e mobilização dos valores intrínsecos das pessoas adictas para estimular a mudança comportamental;
A motivação para a mudança deverá ser extraída do adicto, não devendo ser imposta por outros;
O seu objetivo é identificar, clarificar e resolver a ambivalência demonstrando as vantagens e desvantagens a ela associadas;
A prontidão para a mudança não é uma característica da pessoa adicta, ao invés disso é o produto resultante da integração interpessoal;
A resistência e negação são muitas vezes um sinal para se modificarem as estratégias motivacionais;
Reforçar a crença do adicto na sua habilidade para mudar e alcançar de forma bem-sucedida determinado objetivo é essencial;
A relação terapêutica é uma parceria e respeita a autonomia do adicto;
É ao mesmo tempo um conjunto de técnicas e um estilo de aconselhamento;
Visa a mudança comportamental, centrada na pessoa adicta e não no seu problema, em que se pretende guiá-lo nas suas escolhas

Apêndice VIII – Grelha de Avaliação da Atividade

OBSERVAÇÃO DIRETA	Nº participantes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Parâmetros											
	Motivação											
	Ambivalência											
	Grau participação											
	Disponibilidade											
	Expressão sentimentos											
	Comunicação não verbal											
	Comunicação verbal											
	Relacionamento interpessoal com o grupo											
	Tolerância											
	Cumprimento de regras											
	Atitude face ao grupo											

LEGENDA:

Estágio de Motivação:

PC= Pré- Contemplação; C= Contemplação; A= Ação; M= Manutenção.

Ambivalência: MT= Muito alta; A= Alta; M= Média; B= Baixa; MB= Muito baixa.

Grau participação:

1- Mostra interesse e intervém, colabora na dinamização da mesma.

2- Mostra algum interesse e não intervém, na colabora na dinamização da mesma.

3- Indiferente.

Disponibilidade:

A- Muito disponível

B- Pouco disponível.

C- Nada disponível.

Expressão sentimentos:

- A- Timidez, pouco à vontade.
- B- Sinais de ansiedade.
- C- Sinais de instabilidade emocional.
- D- Domínio das emoções.

Comunicação não-verbal:

- 1- Presente.
- 2- Ausente.

Comunicação verbal:

- A- Presente.
- B- Ausente.

Relacionamento interpessoal com o grupo:

- 1- Conflituoso.
- 2- Empático
- 3- Assertivo.

Tolerância:

- 1- Demonstra tolerância.
- 2- Demonstra pouca tolerância.
- 3- Intolerante.

Cumprimento de regras:

- A- Não cumpre regras do grupo.
- B- Cumpre regras do grupo.

Atitude face ao grupo:

- 1- Respeita sugestões do grupo.
- 2- Dá sugestões ao grupo.
- 3- Desvaloriza a opinião dos outros elementos do grupo.

Apêndice IX – Resultado dos Questionários SOCRATES 8D Aplicados Durante as Intervenções Efetuadas

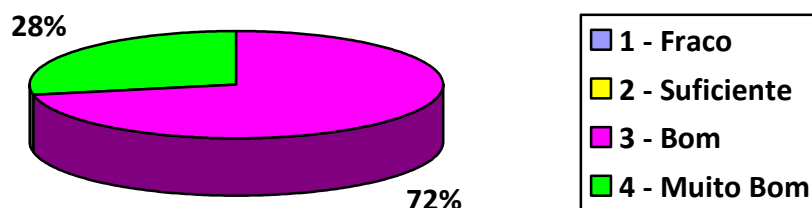
QUESTIONÁRIO ENTRA SAIDA	RECONHECIMENTO PROBLEMA (Intervalo: 6-30) 26=50%	AÇÃO (Intervalo: 7-35) 33=50%	Percentis	ESTADIO MUDANÇA	AMBIVALENCIA (Intervalo: 4-20) 15=50%
Q1	26	34	-/+	Ação *	18 =(90 muito alto)
Q1	29	34	+/+	Ação	18= (90 muito alto)
Q2	25	29	-/-	Pré-Contemplação	15=(50 Médio)
Q2	28	33	+/-	Contemplação *	16= (70 Alto)
Q3	23	31	-/+	Pré-Contemplação	14=(40)
Q3	25	32	-/-	Pré-Contemplação	16= (70 Alto)
Q4	19	29	-/-	Pré-Contemplação	12=(20-30 baixo)
Q4	22	29	-/-	Pré-Contemplação	15=(50 Médio)
Q5	24	29	-/-	Pré-Contemplação	14=(40)
Q5	23	31	-/-	Pré-Contemplação	14=(40)
Q6	30	35	+/+	Ação	8=(10 muito baixo)
Q6	30	35	+/+	Ação	5=(< 10 muito baixo)
Q7	27	28	+/-	Contemplação	15=(50 Médio)
Q7	30	35	+/+	Ação	18=(90 muito alto)
Q8	26	35	-/+	Manutenção *	18=(90 muito alto)
Q8	27	34	+/+	Ação	18=(90 muito alto)
Q9	22	32	-/-	Pré-Contemplação	15=(50 Médio)
Q9	23	29	-/-	Pré-Contemplação	14=(40)
Q10	29	31	+/-	Contemplação	18=(90 muito alto)
Q10	30	34	+/+	Ação	20=(>90 muito alto)

*- Ponderado o valor da ambivalência.

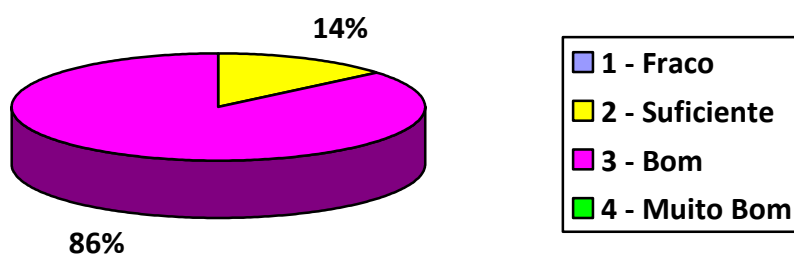
Apêndice X – Avaliação da Sessão Formativa para os Enfermeiros

Opinião dos participantes		1	2	3	4	5	6	7	Total
ATITUDES TECNICO PEDAGÓGICA S	Domínio conteúdos expostos	4	3	4	3	3	3	3	3 (Bom)= 5 (72%) 4 (Muito Bom)=2(28%)
	Clareza intervenções	3	3	3	2	3	3	3	2 (Suficiente)= 1(14%) 3 (Bom)= 6(86%)
	Capacidade motivar a participação formandos	3	2	3	2	3	2	2	2 (Suficiente)= 4(57%) 3 (Bom)= 3(43%)
	Disponibilidade e facilidade contato	4	3	3	3	3	3	3	3 (Bom)= 6(86%) 4 (Muito Bom)=1(14%)
MÉTODOS	Organização	4	3	4	3	3	2	3	2 (Suficiente)= 1(14%) 3 (Bom)= 4(57%) 4 (Muito Bom)=2(28%)
	Qualidade	4	3	3	3	3	3	3	3 (Bom)= 6(86%) 4 (Muito Bom)=1(14%)
	Aproveitamento potencialidades grupo	3	2	3	3	3	3	3	3 (Bom)= 6(86%) 4 (Muito Bom)=1(14%)
	Facilitação da aquisição de novos conhecimentos	4	3	4	3	3	3	3	3 (Bom)= 5(72%) 4 (Muito Bom)=2(28%)
CONTEÚDOS	Pertinência dos conteúdos apresentados	4	3	4	3	3	3	3	3 (Bom)= 5(72%) 4 (Muito Bom)=2(28%)
	Compreensão dos conteúdos expostos	3	3	3	3	3	3	3	3 (Bom)= 7(100%)
	Conhecimentos adquiridos	3	3	4	3	3	3	3	3 (Bom)= 6(86%) 4 (Muito Bom)=1(14%)
	Aplicação futura da aprendizagem realizada.	3	3	4	3	3	3	3	3 (Bom)= 6(86%) 4 (Muito Bom)=1(14%)
MATERIAL	Documentação disponibilizada pela formadora	3	2	4	4	3	3	4	2 (Suficiente)= 1(14%) 3 (Bom)= 3(43%) 4 (Muito Bom)=3(43%)
AVALIAÇÃO GLOBAL DO FORMADOR	Atribuição de valor:	4	3	4	3	3	3	4	3 (Bom)= 4(57%) 4 (Muito Bom)=3(43%)
Legenda: 1=Fraco; 2=Suficiente; 3=Bom; 4=Muito Bom.									Total 7 participantes.

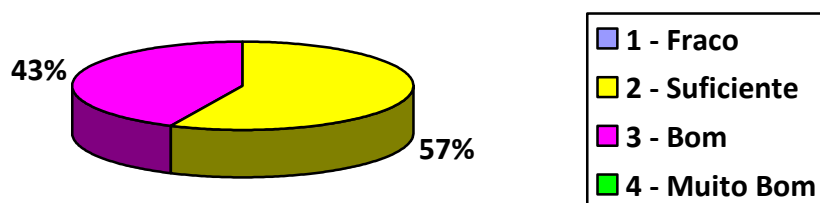
ATITUDES TECNICO PEDAGÓGICAS - Domínio conteúdos expostos



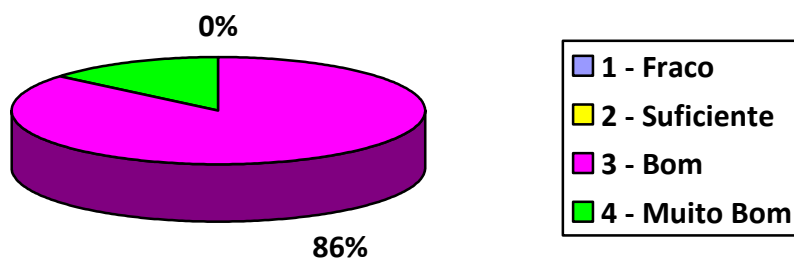
ATITUDES TECNICO PEDAGÓGICAS - Clareza intervenções



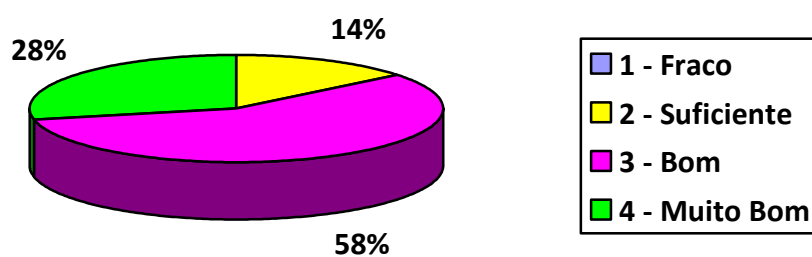
ATITUDES TECNICO PEDAGÓGICAS - Capacidade motivar a participação formandos



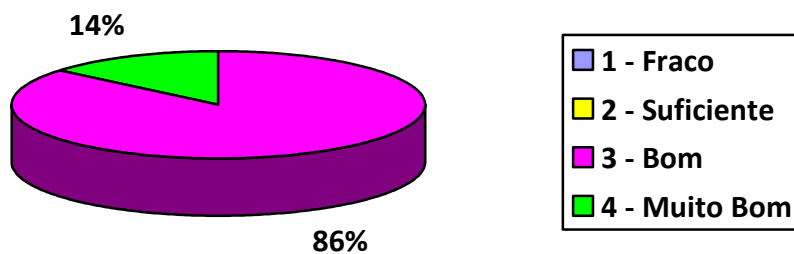
ATITUDES TECNICO PEDAGÓGICAS - Disponibilidade e facilidade contacto



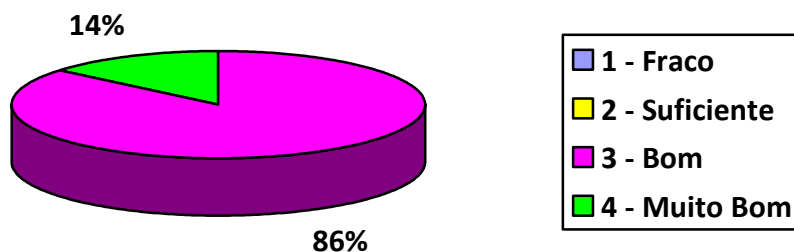
MÉTODO - Organização



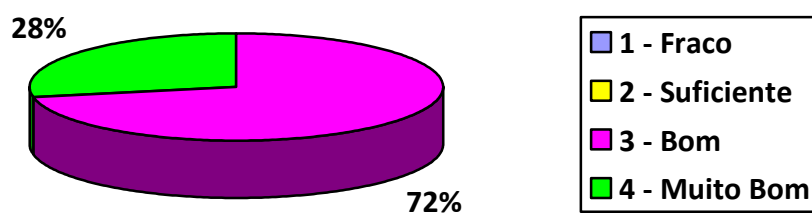
MÉTODO - Qualidade



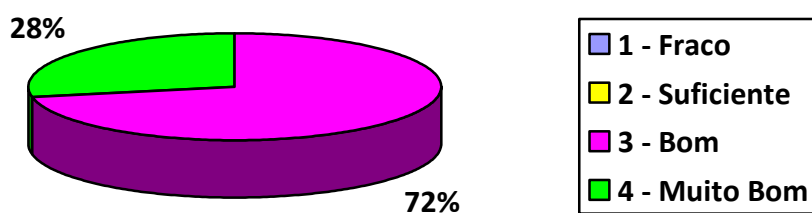
MÉTODO - Aproveitamento potencialidades grupo



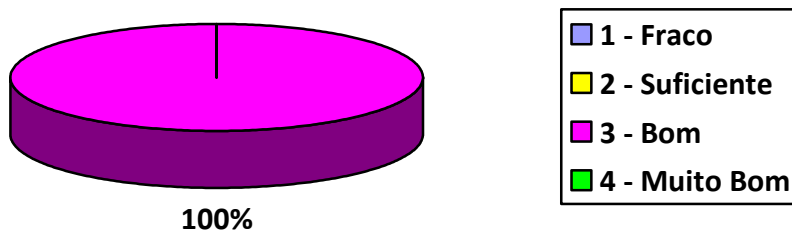
MÉTODO - Facilitação da aquisição de novos conhecimentos



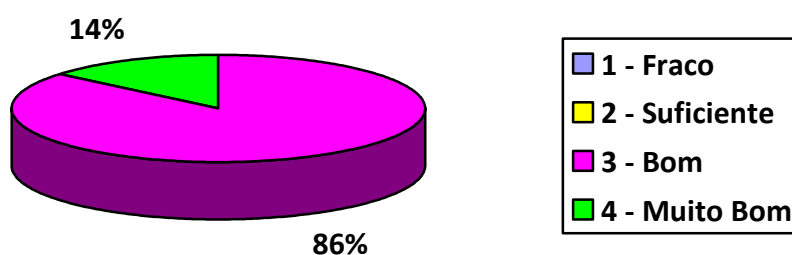
CONTEÚDOS - Pertinência dos conteúdos apresentados



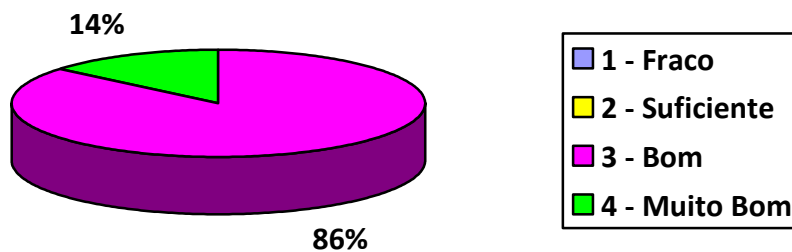
CONTEÚDOS - Compreensão dos conteúdos expostos



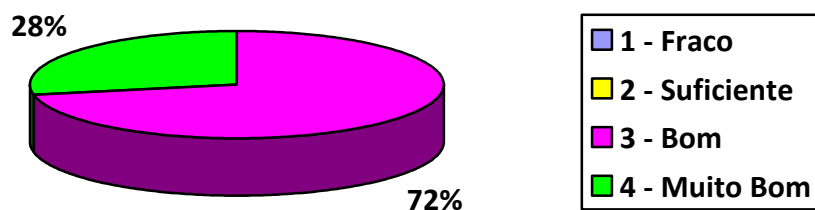
MÉTODO - Conhecimentos adquiridos



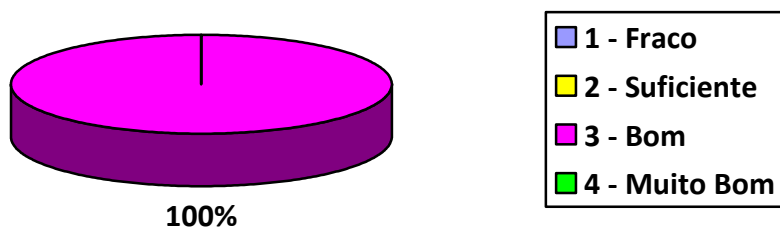
MÉTODO - Aplicação futura da aprendizagem realizada



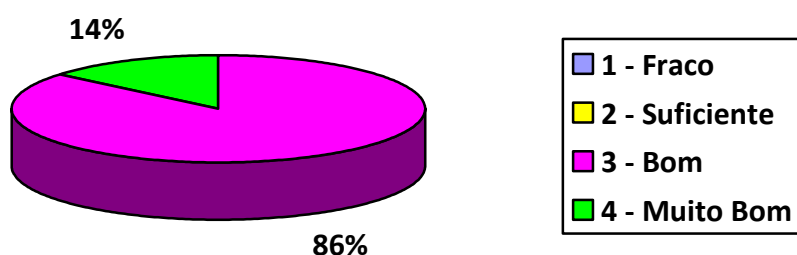
CONTEÚDOS - Pertinência dos conteúdos apresentados



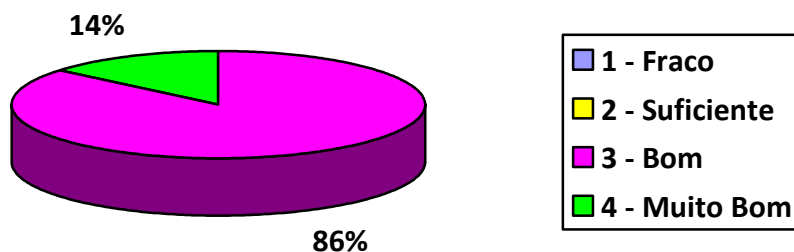
CONTEÚDOS - Compreensão dos conteúdos expostos



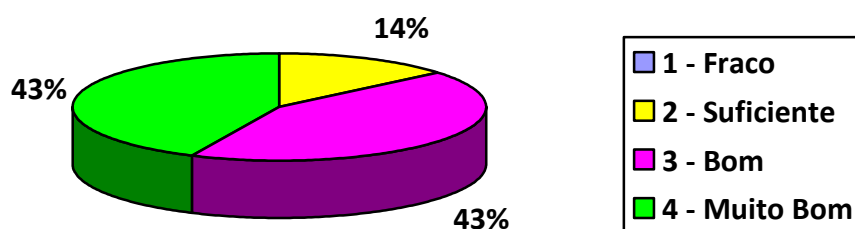
CONTEÚDOS - Conhecimentos adquiridos



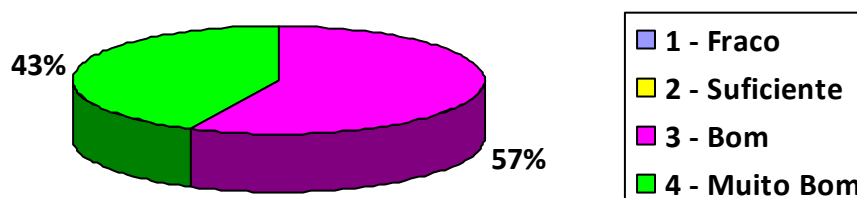
CONTEÚDOS - Aplicação futura da aprendizagem realizada



MATERIAL - Documentação disponibilizada pela formadora



AVALIAÇÃO GLOBAL DO FORMADOR - Atribuição de valor



Apêndice XI – Avaliação da Intervenção Terapêutica proposta pela Equipe de Enfermagem da UD

Como se sentiu durante a atividade?

Confortável

☐

Desconfortável

☐

Qual a utilidade da atividade?

Útil

☐

Inútil

☐

Porquê?

Obrigada pela sua participação.

Anexo II: Autorização do Diretor

1
Aubor: 30
2011 03 02
Exmo. Sr.:
Director da UD-T

Maria Elisa Robalo Marques, a exercer funções de Enfermeira Graduada na Unidade de Desabituação das T e aluna do 1º CPLEE de Saúde Mental e Psiquiatria, do Instituto Politécnico de Setúbal, encontra-se a realizar o estágio na Unidade de Internamento. Com vista à produção do Projecto de Intervenção subordinado ao tema "Motivação para o Tratamento: Ajuda na transição para a abstinência, inserida na Prática do Cuidar em Enfermagem", solicita a Vossa. Excelência, autorização para que possa aplicar, durante o corrente mês e próximo, o questionário SÓCRATES 8D (em anexo), dirigido aos utentes internados, no sentido de obter dados para o trabalho em causa.

A ética, o segredo e a deontologia profissional serão integralmente respeitados em todas as fases deste trabalho.

Agradeço antecipadamente a colaboração prestada.

Pede deferimento.

Lisboa, 2 de Março de 2011.

Maria Elisa Robalo Marques.
(Maria Elisa Robalo Marques)

UDI - D. U. V. E.	
CAT DAS T	
Ent. Nº	56
Data	02 / 03 / 11
Serviço	SA